FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1913.

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

No. 255

DE LA CHOLÉCYSTECTOMIE

dans la Lithiase vésiculaire

(INDICATIONS ET RÉSULTATS)

PAR

Georges BACHY

INTERNE DES HOPITAUX

Né à Saint-Quentin, le 26 Février 1883

Président : M. POZZI, *Professeur*

AMIENS

IMPRIMERIE DU PROGRÈS DE LA SOMME

18, RUE ALPHONSE-PAILLAT, 18

—

1913

DE LA

CHOLÉCYSTECTOMIE

dans la Lithiase vésiculaire

(INDICATIONS ET RÉSULTATS)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1913. THÈSE N° .....

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

DE LA

CHOLÉCYSTECTOMIE

dans la Lithiase vésiculaire

(INDICATIONS ET RÉSULTATS)

PAR

Georges BACHY

INTERNE DES HOPITAUX

Né à Saint-Quentin, le 26 Février 1883

Président : M. POZZI, *Professeur*

AMIENS

IMPRIMERIE DU PROGRÈS DE LA SOMME

18, RUE ALPHONSE-PAILLAT, 18

—

1913

LE DOYEN : M. LANDOUZY

PROFESSEURS : MM.

Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL TEISSIER
Pathologie chirurgicale	LEJARS
Anatomie pathologique	P. MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	MARFAN
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LETULLE
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	DEBOVE LANDOUZY GILBERT CHAUFFARD
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	G. BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE
Clinique chirurgicale	DELBET QUENU RECLUS N...
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEN
Clinique d'accouchements	BAR PINARD RIBEMONT-DESSAIGNE.
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	A. ROBIN

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.	MM.	MM.	MM.
BALTHAZARD	DUVAL (Pierre)	LEQUEUX	RATHERY
BERNARD	GOUGEROT	LERI	RETTERER
BRANCA	GREGOIRE	LOEPER	RICHAUD
BRINDEAU	GUENIOT	MACAIGNE	ROUSSY
BROCA (André)	GUILLAIN	MAILLARD	ROUVIÈRE
BRUMPT	JEANNIN	MORESTIN	SCHWARTZ
CAMUS	JOUSSET (André)	MULON	SICARD
CARNOT	LABBE (Marcel)	NICLOUX	TERRIEN
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	TIFFENEAU
CHEVASSU	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	ZIMMERN
CLAUDE	LECENE	OMBREDANNE	
COUVELAIRE	LENORMANT	PROUST	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES AMIS

Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/delacholecystect0003unse

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE ET TRÈS CHER MAITRE

Monsieur le Professeur **POZZI**

Professeur de Clinique Gynécologique
Membre de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'Honneur

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX :

M. le Docteur CANNIOT, chirurgien honoraire des hospices de Saint-Quentin ;

M. le Docteur WALTHER, Hôpital de la Pitié, 1903-1904 ;

M. le Professeur WIDAL, Hôpital Cochin, 1904-1905 ;

EXTERNAT

M. le Docteur DEMOULIN, chirurgien de l'Hôpital Boucicaut, 1905-1906 ;

M. le Professeur LANDOUZY, médecin de l'Hôpital Laënnec, 1906-1907 ;

INTERNAT PROVISOIRE

M. le Docteur SÉGLAS, médecin de la Salpétrière, 1907-1908 ;

M. le Professeur POZZI, professeur de clinique gynécologique,
M. le Docteur Robert PROUST, Professeur agrégé, chirurgien des Hôpitaux ; } Hôpital Broca 1908-1909.

INTERNAT

M. le Professeur POZZI, professeur de clinique gynécologique,
M. le Docteur Robert PROUST, Professeur agrégé, chirurgien des Hôpitaux ; } Hôpital Broca 1909-1910

M. le Professeur LEGUEU, professeur de clinique des voies urinaires, Hôpital Laënnec, 1910-1911 ;

M. le Professeur LEJARS, chirurgien de l'Hôpital Saint-Antoine, 1911-1912 ;

M. le Professeur agrégé GOSSET, chirurgien de la Salpétrière,
M. le Docteur DESMAREST, chirurgien des hôpitaux, } 1912-1913 ;

M. le Docteur Pierre SEBILEAU, directeur de l'amphithéâtre d'anatomie des Hôpitaux ;

M. le Docteur LEPAGE, professeur agrégé accoucheur de l'Hôpital Boucicaut ;

M. le Professeur agrégé LAIGNEL-LAVASTINE, médecin des Hôpitaux ;

M. le Docteur SALOMON, ancien chef de clinique à la Faculté ;

M. le Docteur RIVET, ancien chef de clinique à la Faculté ;

M. le Docteur Paul RICHE, chirurgien de l'Hôpital Tenon ;

M. le Docteur GUIBÉ, chirurgien des Hôpitaux ;

M. le Docteur LAPOINTE, chirurgien des Hôpitaux ;

M. le Docteur BENDER, ancien chef de clinique à la Faculté ;

M. le Docteur JAYLE, ancien chef de clinique à la Faculté ;

M. le Docteur de SARD.

En témoignage de ma reconnaissance
pour ce qu'ils m'ont appris.

INTRODUCTION

Le temps n'est plus où les chirurgiens hésitaient à sacrifier la vésicule biliaire sous prétexte que cet organe avait une fonction physiologique bien déterminée, et où Heidenheim trouvait presque étrange l'idée de priver l'organisme de ce réservoir : le nombre des cholécystectomies s'est singulièrement accru en même temps que la bénignité de cette opération augmentait avec les progrès de la technique chirurgicale. Sans doute, il est encore de bons esprits qui veulent respecter à tout prix l'existence de la vésicule, et parmi ces conservateurs, il faut citer Kocher, Mayo Robson, les Mayo de Rochester. Cependant, il semble logique d'enlever un organe gravement malade en soi-même, dangereux par les concrétions lithiasiques qu'il renferme, qui ne demandent qu'à s'en aller plus loin dans les voies biliaires occasionner de nouveaux accidents, et par la possibilité de la perforation qui finira souvent par menacer le malade.

La cholécystectomie serait donc l'opération idéale si, à côté des phénomènes mécaniques occasionnés par la présence des calculs, il ne fallait pas tenir compte de l'infection de la vésicule et des voies biliaires. Pour lutter contre cette infection, il semble que le drainage de la vésicule soit un excellent moyen. S'il y a de l'infection des voies biliaires principales, leur drainage s'impose. Il n'en reste pas moins

vrai que lorsque la vésicule est seule en cause cliniquement et macroscopiquement, la cholécystectomie suffit à guérir le malade.

Les indications opératoires se précisent, les formules absolues de la première heure ne sont plus de mise en présence de cholécystite. Mais tandis que tout le monde est à peu près d'accord sur la valeur de la cholédocotomie et de l'hépaticus-drainage, dans le traitement du calcul du cholédoque et de l'infection des voies biliaires principales, l'accord ne s'est pas encore fait sur la valeur de la cholécystectomie simple dans le traitement de la lithiase vésiculaire. Les partisans de la cholécystostomie défendent cette opération avec la même ardeur et apportent de nouveaux documents en sa faveur. — D'autres, au contraire, soutiennent que la cholécystectomie à elle seule ne suffit pas à guérir les malades atteints de la cholécystite calculeuse, et qu'il faut toujours y joindre le drainage des voies biliaires principales.

Or, nombre de cholécystectomies ont été faites depuis un certain nombre d'années, et beaucoup d'opérés sont définitivement guéris. — Il semble qu'on puisse faire le bilan de cette opération et chercher à montrer quel parti on en peut tirer, surtout aujourd'hui où des chirurgiens comme Kehr, qui recommandaient autrefois à tout prix le drainage de la voie biliaire principale, reconnaissent que cette complication de l'opération est quelquefois inutile et ne la font plus que dans certains cas déterminés.

Dans ce modeste ouvrage, inspiré de l'admirable enseignement de mes maîtres, le professeur Lejars et le docteur Gosset, je m'attacherai à montrer ce que peut la cholécystectomie dans le traitement de la lithiase biliaire, lorsqu'on la pratique en suivant certaines règles que j'essaierai d'exposer.

La première partie de cette étude est consacrée à la discussion du traitement chirurgical de la cholécystite calculeuse et au parallèle entre la cholecystectomie simple, la cholecystostomie et la cholécystectomie accompagnée du drainage de la voie biliaire principale.

La deuxième partie est consacrée à l'étude des indications et des résultats de la cholécystectomie dans la cholécystite aiguë, dans la cholécystite chronique, dans l'hydropisie de la vésicule biliaire et dans la cholécysto pancréatite.

Dans la troisième partie, j'ai exposé la méthode opératoire que j'ai vu employer par mes maîtres, M. le professeur Lejars et M. le docteur Gosset.

Dans la quatrième partie, j'ai apporté un certain nombre d'observations que mes deux maîtres ont bien voulu me confier. Ce sont elles qui ont servi à établir ce travail.

Tandis que médecins et chirurgiens sont d'accord pour reconnaître que la colique hépatique simple et l'angiocholite relèvent exclusivement d'un traitement médical, et qu'au contraire le calcul enclavé de la voie biliaire principal nécessite une intervention chirurgicale, l'entente n'a pu se faire au sujet du traitement de la cholécystite calculeuse. Les uns veulent traiter cette cholécystite médicalement, les autres veulent opérer d'une façon ou d'une autre.

LE TRAITEMENT MÉDICAL DE LA CHOLÉCYSTITE

Une fois la crise de coliques vésiculaires passée et la grande douleur qui la marque atténuée, le traitement médical de la cholécystite calculeuse chronique cherche à éviter les migrations des calculs et à les immobiliser lorsqu'ils sont très volumineux (Professeur Robin, in Th. Parturier, p. 86), il faut alors opposer une alimentation et une médication restrictives de la secrétion biliaire. Le professeur Gilbert (Congrès de Genève, 1908), recommande le régime exclusif de lait écrémé pris par petites fractions souvent répétées, ce qui aurait pour conséquence la cessation des alternatives de réplétion et de vacuité de la vésicule biliaire et son immobilisation, celle-ci entraînant le non déplacement des calculs et se montrant propice à la réduction de l'inflammation et de l'irritabilité vésiculaire. A cela concourt également le repos au lit rigoureusement exigé.

L'emploi des cholagogues est naturellement à prescrire d'une façon absolue.

Ceci est pour le traitement de l'état de crise.

Le malade étant en apparence guéri et tolérant ses calculs, un régime diététique doit être institué : le professeur Robin recommande alors une alimentation modérée avec prédominance des aliments végétaux sur les aliments ani-

maux. On n'autorisera que peu de corps gras et d'œufs. Il faudra surveiller les fonctions digestives, mais éviter les purgations ; enfin prescrire un traitement hydrominéral à Carlsbad ou à Vichy.

Telles sont les grandes lignes du traitement médical de la lithiase vésiculaire des médecins, dont nous ne voyons pas bien la différence avec la cholécystite calculeuse chronique. On peut lui faire plusieurs reproches. Tout d'abord, est-on sûr d'obtenir une immobilisation du ou des calculs dans la vésicule ? et en tous cas, il me paraît paradoxal de chercher à conserver enfermé pour toujours dans la vésicule un calcul, même volumineux, en espérant qu'il ne causera aucun accident d'ordre infectieux ou mécanique. Les observations sont très nombreuses qui montrent le danger que crée la présence de ces calculs. Enfin, il faut bien admettre que la présence des calculs finit par altérer les parois vésiculaires.

D'autre part, ne peut-on pas demander mieux que ce traitement long et pénible avec ce régime sévère qui supprime toute possibilité de vie active. Billing *(Transact of the Chicago Surg-Soc.* 1903*)*, rapporte qu'un célèbre chirurgien qui, deux ans auparavant, avait opéré son père de calculs biliaires, fut pris lui-même de lithiase et qu'au lieu de subir une opération, il alla à Carlsbad. Sans doute, mais je connais un chirurgien français qui, au lieu de traîner de Vichy à Carlsbad, préféra se faire enlever sa vésicule après une crise de cholécystite, et qui s'en trouve parfaitement.

Enfin, ce traitement médical laisse les malades exposés aux complications graves de l'enclavement du calcul passé dans le cholédoque, et aux complications relativement fréquentes qui sont l'occlusion intestinale et pylorique, la péritonite par propagation de l'infection vésiculaire ou par

perforation de cette vésicule malade, ratatinée sur un calcul volumineux dont on a trop longtemps espéré l'immobilisation définitive.

Il n'est pas non plus très prudent d'exposer les malades à l'infection ascendante qui finira peut-être un jour par atteindre les lobules hépatiques. La cirrhose biliaire peut brusquement revêtir des allures assez graves et contre lesquelles le traitement médical n'a pas grande action.

Enfin, il y a lieu de songer à la possibilité de la dégénérescence cancéreuse de la vésicule. La coexistence du cancer et de la lithiase vésiculaire a été signalée par Terrier et Auvray, par Zenker (*Deutsche archiv. f. Chir. méd.* 1899), par Siegert et par Courvoisier. Hautefort a montré que, souvent, il s'agissait de cancers à peine naissants, qui évoluaient sur une vésicule renfermant des calculs qui paraissaient remonter à plusieurs années.

Je n'étudierai pas les complications graves de la lithiase biliaire, bien qu'elles soient assez nombreuses pour constituer un argument en faveur de la cholécystectomie. On est frappé, quand on parcourt les périodiques de ces dernières années, du nombre d'observations rapportées par les médecins et chirurgiens d'occlusion intestinale par calculs biliaires, de péritonites par perforation, de dégénérescence cancéreuse ou tuberculeuse. J'en ai signalé seulement un certain nombre dans la bibliographie.

Il ne faut donc pas vouloir faire donner au traitement médical plus qu'il ne peut donner : c'est l'avis de MM. Léon Bernard, Linossier et Legendre qui, au Congrès de médecine de Genève de 1908, combattirent les conclusions trop exclusivement médicales de Mongour.

Etant donné qu'une vésicule calculeuse peut faire courir les plus grands risques à l'individu qui en est porteur, ne vaudrait-il pas mieux recourir à l'intervention chirurgicale après la première crise de coliques hépatiques. C'est là, à mon avis, une opinion trop absolue, mais en tous cas moins injustifiée que l'opinion de ceux qui n'admettent le traitement chirurgical de la lithiase biliaire que dans les cas désespérés. Riedel en Allemagne et Moynihan en Angleterre, se sont fait les grands défenseurs de cette idée. Cushing pousse encore plus loin : il recommande d'enlever la vésicule biliaire chaque fois qu'on la rencontre au cours d'une laparotomie. C'est là une opinion un peu exagérée. Mais on peut se demander si tous les accidents graves que permet le traitement médical prolongé ne seraient pas définitivement supprimés lorsqu'on aurait pris l'habitude d'enlever le vésicule des malades qui ont présenté quelques crises de coliques hépatiques.

On pourrait, agissant sur des vésicules à peu près libres d'adhérences, faire des opérations complètement réglées. De plus, les opérés se trouveraient ainsi en état de résistance parfaite et la cholécystectomie pourrait devenir ainsi une opération réellement bénigne.

Nous n'en sommes pas encore là. Cependant, les limites imposées à la chirurgie s'élargissent et en plus des cholécystites suraiguës, suppurées gangréneuses, on admet qu'il faut intervenir chez les malades atteints de cholécystite chronique. Les résultats chirurgicaux s'améliorant, les médecins répugnent moins à l'idée de l'opération.

LA CHOLÉCYSTECTOMIE. — LA CHOLÉCYSTOSTOMIE LE DRAINAGE DU CHOLÉDOQUE

Deux grands principes guident actuellement les chirurgiens dans leur conduite dans le traitement de la lithiase biliaire : 1° Enlever les calculs qui se trouvent dans les voies biliaires ; 2° Désinfecter la cavité de ces voies biliaires par un drainage prolongé autant qu'il est nécessaire. Ces deux principes sont appliqués intégralement pour le traitement du calcul du cholédoque avec infection des voies biliaires susjacentes : on ouvre le cholédoque, on enlève le ou les calculs, on draine l'hépatique et le cholédoque jusqu'à épuisement de l'infection.

En ce qui est de la cholécystite calculeuse, le problème peut être et a été résolu par certains chirurgiens de façon semblable : ils ouvrent la vésicule, la vident de son contenu et la drainent ou l'abouchent à la peau. Tel est le principe de la cholécystostomie.

D'autres chirurgiens, au contraire, pensent que la vésicule biliaire n'est pas dans l'organisme, d'une utilité telle qu'on ne puisse l'enlever, que son ablation n'est pas souvent chose compliquée et que, ce faisant, on enlève à la fois les calculs, l'organe infecté. En même temps, on supprime la possibilité de nouvelle cholécystite et on s'assure contre la formation

d'une fistule biliaire lente à se fermer. Suivant l'expression de Langenbuch, la cholécystectomie « supprime à la fois la pierre et la carrière. »

Enfin, certains ont pensé, en présence d'un calcul de la vésicule, pouvoir ouvrir ce réservoir, enlever le calcul et refermer. C'est la cholécystotomie simple que je n'ai pas vu employer et dont les résultats ne me sont pas assez familiers pour que je puisse en parler ici.

En France, parmi les partisans de l'opération radicale, de la cholécystectomie, sont : M. Gosset, qui défend cette opération, qu'il a eu l'occasion de pratiquer maintes fois et dont il a modifié la technique. M. Lejars est aussi partisan de la cholecystectomie, opération plus complète, plus satisfaisante que la cholécystostomie. MM. Hartmann et Lecène défendent la cholécystectomie.

En Allemagne, Kehr, Korte, Riedel, Riemann, Hoffmeister, sont convaincus de la supériorité de l'ablation de la vésicule sur sa fistulation temporaire.

Au contraire, comme partisans de la cholécystostomie, nous trouvons des chirurgiens de langue anglaise. W. Mayo, Mayo Robson et Moynihas. En France, Delagenière, Villard, Nové Josserand et Pauchet restent attachés à la cholecystostomie.

La cholécystectomie semble d'abord justifiée par ce fait que les vésicules que l'on enlève sont irrémédiablement malades, ou qu'elles présentent des lésions dont la guérison anatomique est impossible et qui ne peuvent que s'aggraver. Sans doute, la vésicule d'un individu qui n'aurait eu qu'une seule crise de coliques hépatiques peut guérir complètement. C'est en se basant sur cette constatation que Moynihan justifie le grand nombre de cholécystostomies qu'il pratique : Lorsque la muqueuse est intacte, que l'infiltration inflamma-

toire de la sous-muqueuse est peu marquée, quand la tunique musculaire a conservé toute sa contractilité, il est évident qu'on peut espérer la restitution *ad integrum* de la vésicule. Mais, dans la plupart des cas, il n'en est pas ainsi et la cholécystectomie est justifiée par l'état anatomique des parois de la vésicule.

D'abord, le péritoine adhère aux organes voisins, créant ainsi des brides qui peuvent couder l'intestin, des adhérences épiploïques.

Les lésions ne se bornent pas à cela.

D'après Aschoff et Bacmeister, dans la cholécystite aiguë, l'infiltration leucocytaire est surtout marquée au voisinage de la séreuse. Cette participation intense de la séreuse doit être rapportée à la progression facile de l'inflammation par les canaux de Luschka et les lympathiques. Ces lésions ne guérissent que partiellement, et après refroidissement complet de la crise, il persiste toujours un épaississement de la séreuse et de la sous-séreuse, même quand il n'y pas eu d'adhérences avec les organes voisins. Si le processus inflammatoire est très accusé, on peut trouver alors plus tard des cicatrices, traces du processus ulcéreux qui aura été l'aboutissant de l'inflammation intense.

Dans ces cholécystites aiguës, la musculeuse apparaît hypertrophiée avec souvent un degré marqué d'infiltration leucosytaire ; la tunique fibreuse est épaissie.

La muqueuse est souvent altérée : elle a perdu son aspect velouté normal.

L'épithelium cylindrique est généralement conservé assez longtemps. Mais déjà des trainées cicatricielles se dessinent en étoiles, en petites dépressions irrégulières. Quelquefois, une ulcération commence à se faire à ce niveau.

Dans une vésicule ainsi enflammée et infectée, la bile

s'épaissit, se trouble, devient purulente, elle est mélangée de débris épitheliaux et de muco-pus. Si cette suppuration se produit d'emblée, le pus pourra forcer la paroi vésiculaire malade et affaiblie : il se fera un abcès péri-vésiculaire que limiteront les adhérences péritonéales.

Quand cette suppuration survient au cours d'une cholecystite récidivante avec parois épaissies, il peut se former, à l'intérieur des parois même de la vésicule, des infiltrations inflammatoires, point de départ de petits abcès qui s'agglomèreront, tandis que se reproduit un travail de nécrose qui favorise la perforation et la gangrène. Quelques vésicules enlevées au cours d'opérations auxquelles j'ai assisté, présentaient des points où ce travail de nécrose était particulièrement marqué au niveau où la paroi vésiculaire entrait en contact avec des calculs irréguliers.

Les phénomènes inflammatoires peuvent s'atténuer, la cholécystite devenir chronique ; on trouve alors des vésicules dont la muqueuse est friable, épaissie ; de petits abcès siègent à l'intérieur des parois. Autour de la vésicule, on peut encore trouver de petits abcès renfermant du pus concrété, abcès limités par les adhérences péritonéales et surtout par les adhérences avec le grand épiploon.

Enfin, dans la cholécystite chronique, on peut encore trouver des plaques de nécrose localisée dûe à une infiltration hémorragique localisée, et secondairement infectée. A ce niveau, la paroi vésiculaire, épaissie, tuméfiée, est distendue par de petites hémorragies. Les capillaires sont gorgés de globules rouges altérés dans leur forme et de grands globules blancs. (Liebold).

Une forme un peu particulière de la cholecystite est constituée par l'hydropisie de la vésicule. Un calcul enclavé dans

le cystique forme soupape, laissant entrer la bile dans la vésicule, ne la laissant pas sortir. La vésicule se laisse distendre. D'autres fois, c'est une bride, une coudure du cystique qui s'oppose à l'écoulement de la bile.

A l'intérieur de ce cholécyste, la bile se modifie. Bientôt, le liquide ne renferme plus de pigments. Le liquide est clair, tantôt muqueux et filant, résultant du travail des glandes qui secrètent en abondance, tantôt limpide, aqueux : véritable transformation kystique de la vésicule. (Mocquot).

Ce liquide est généralement stérile. Mais les parois de la vésicule sont amincies, transparentes. L'épithélium s'est aplati, atrophié et a disparu par places. Les faisceaux musculaires sont distendus. Les lacunes intermusculaires sont plus larges. Les canaux de Luschka se sont dilatés et peuvent acquérir la dimension d'une lentille. J'ai vu des vésicules ainsi distendues avoir seize centimètres de long et cinq centimètres de large ; les parois transparentes semblaient d'une extrême fragilité. Il apparaît clairement que de telles vésicules ne peuvent guère retrouver leurs fonctions.

Cette vésicule peut s'atrophier : mais alors, ses parois se sclérosent, se rétractent ; l'obstacle siégeant sur le cystique empêche la bile de pénétrer dans ce pseudo réservoir. Le liquide qui le distendait a été résorbé, il ne reste plus de la vésicule que les parois, siège d'une infection qui peut, dans certaines circonstances, se réveiller.

Dans la cholecystite chronique, sans abcès, la vésicule présente des lésions de la muqueuse, de la musculeuse et de la séreuse, même quand les phénomènes infectieux ont été très peu marqués. L'épithélium cylindrique disparaît, sauf dans les cryptes épithéliales où l'épithélium subsiste (il disparaît dans les cas où il y a suppuration). La sous-

muqueuse est épaissie par des infiltrations sanguines. Les vaisseaux de la muqueuse sont extrêmement nombreux, dilatés et congestionnés. Dans ces formes chroniques, on trouve dans la sous-muqueuse une infiltration de mononucléaires, alors que les polynucléaires sont surtout abondants dans les cholécystites aiguës.

La tunique musculaire est hypertrophiée. Les faisceaux musculaires sont disloqués, et souvent toute la tunique musculaire disparaît étouffée par les tissus scléreux.

Ainsi modifiée dans sa structure, la vésicule biliaire peut atteindre le volume du poing. Dans d'autres cas, elle se ratatine, devient grosse comme une noisette. Les parois perdent complètement leur souplesse. A la coupe, la vésicule reste béante. La vésicule ne se contracte plus. Les calculs pressés sur la paroi, tendent à l'ulcérer : quelquefois, ils s'enchassent profondément, pouvant pénétrer jusque dans l'intérieur de la paroi musculaire.

Tel est l'état dans lequel on trouve les vésicules dans les cholécystites calculeuses. Très rapidement, les altérations apparaissent, et il ne faut plus trop compter sur la latence symptomatique de ces cholecystites.

Peut-on espérer, ainsi que Moynihan le suppose, qu'un drainage consécutif à l'ablation du calcul et du pus, sera suffisant pour amener la guérison anatomique de ces vésicules. Ceci est possible sans doute. Mais le gros danger de la cholécystostomie est de laisser en place une vésicule dont on ne connaît pas exactement le degré de dégénérescence. Enfin, si on pense à la menace du développement possible d'un cancer sur cette vésicule altérée, on comprendra qu'on soit séduit par l'idée d'enlever cette vésicule en entier.

On a reproché à la cholécystectomie de supprimer un orga-

nisme ayant une physiologie déterminée. La cholécystostomie, au contraire, conserverait à l'organisme ce réservoir de bile, suffisant grandement à sa fonction : la vésicule biliaire est un réservoir, c'est un modificateur de la bile, c'est un organe d'excrétion. Elle contribue par sa présence, à régulariser la pression dans les voies biliaires et facilite par ses contractions l'écoulement de la bile au moment où le chyme stomacal passe dans le duodenum.

A cette objection, on peut faire remarquer que nombre de cholécystectomisés se portent à merveille et qu'ils ne semblent pas souffrir le moins du monde de l'absence de leur vésicule. D'autre part, les vésicules que l'on enlève sont la plupart du temps tellement malades qu'elles ne remplissent plus leurs fonctions et que les partisans de la cholésystostomie n'espéraient la restitution *ad integrum*, anatomique et physiologique, que dans les cas les plus discrets de cholécystite.

On a tiré des preuves de la non nécessité de la vésicule biliaire de l'étude de l'anatomie comparée. La vésicule biliaire n'existe pas chez le cheval, chez l'éléphant, chez le rhinocéros.

Chez les oiseaux, l'autruche, le perroquet, le pigeon n'ont pas de vésicule.

Enfin, on s'est attaché à l'expérimentation pour montrer que l'ablation de la vésicule ne trouble en aucune sorte les fonctions hépatiques et digestives, *opinion* que défendent Kôrte (*Beitrage zur chirurgie der Gallewege und des Leber* 1905), et de Kehr (*IIe Congrès international de chirurgie de Bruxelles*, 1908), et parmi les chirurgiens français, MM. Hartmann, Lejars, Gosset et Ricard.

Oddi a voulu démontrer qu'une petite vésicule se développait chez les chiens à qui on avait enlevé la vésicule biliaire. (*Bull. de la Soc. médicale, Bologna*, 1888).

Des trois chiens qu'il avait cholécystectomisés, deux présentèrent une dilatation considérable de l'ensemble des voies biliaires. Le troisième avait dilaté son cystique au point de le transformer en une véritable vésicule.

Six ans plus tard, Nasse (*in Th. Hautefort*, page 30), contredit, à la suite de nombreuses expériences, les résultats de Oddi. Et il montre que si Oddi a pu voir se développer un réservoir aux dépens du cystique, c'est qu'il laisse avec ce canal une petite partie de la vésicule. Si on enlève tout l'appareil vésiculaire, il ne se reproduit pas de dilalation du moignon. Haberer et Clairmont arrivent à des conclusions identiques : si la ligature du cystique est faite à une certaine distance du cholédoque, le moignon se laisse dilater et se transforme en une pseudo vésicule. Si le cystique est sectionné au ras du carrefour des voies biliaires, rien ne se reproduit. Hautefort, en 1908, a repris une série d'expériences qui l'ont amené à conclure que la dilatation du moignon du cystique ne se produit que si on place la ligature à une certaine distance du cholédoque.

Hautefort note un certain degré de dilatation des canaux hépatiques chez les chiens cholécystectomisés, au moins dans les premiers jours après l'opération. Mais, chose importante, Hautefort montre que l'opération ne retentit en aucune manière sur le foie, ni sur l'appareil sécréteur, ni sur l'appareil excréteur.

Ces faits ont une grande importance. Nous verrons que tous les chirurgiens qui se sont occupés spécialement de la question, recommandent de toujours enlever le cystique en totalité. Des cas de néoformation de vésicule ont été signalés, mais souvent il s'agit alors de cholécystectomies difficiles, rendues pénibles par le présence d'adhérences profondes. On peut présumer que dans ces cas, il a été laissé

un bout de canal cystique qui a servi d'amorce à la formation d'une pseudo vésicule.

Toutes ces expériences montrent encore qu'on peut enlever la vésicule biliaire sans exposer l'individu opéré à des troubles sécrétoires. Un des principaux arguments des partisans de la cholécystostomie tombe donc et nous croyons qu'il est inutile de vouloir chercher à tout prix la conservation d'un organe aux parois malades, dont la suppression n'entraîne aucun trouble pour l'organisme.

L'étude de l'anatomie pathologique de la vésicule enflammée montre que l'inflammation chronique altérait gravement les fibres élastiques et dissociait les faisceaux musculaires qui se laissaient envahir par la sclérose. La vésicule malade perd ainsi son élasticité et sa contractilité. Sa physiologie se trouve donc de ce fait gravement compromise. Moynihan admet qu'une fois ouverte, vidée et nettoyée, elle retrouvera son fonctionnement normal. On peut plutôt se demander si cette vésicule ainsi rigide ne tendra pas à rester béante, et si la fistule qu'on a créée pourra un jour se fermer.

Cette fistulisation permanente de la vésicule est un des ennuis de la cholécystostomie. Beaucoup de chirurgiens, surtout autrefois, fermaient ou essayaient de fermer la fistule ainsi créée. Actuellement, il arrive souvent que les malades porteurs d'une fistule biliaire viennent réclamer une opération curative. On est alors amené à faire la cholécystectomie, qu'on aurait pu, dans certains cas, pratiquer d'emblée. Dans les observations publiées à la fin de ce travail sont rapportés plusieurs cas semblables.

La guérison définitive de la cholécystite après un simple drainage, peut être obtenue en peu de temps. Les nombreuses observations de Deaver, de Moynihan, de W. Mayo, le prouvent. Mais, à côté de ces cas favorables, on peut voir

la vésicule redevenir malade plus ou moins longtemps après l'opération ; une malade à qui M. Lejars enleva la vésicule adhérente enflammée, pleine de bile épaisse, avait été cholécystostomisée en Allemagne quatre ans auparavant. Elle avait été alors considérée comme guérie. Cela ne l'a pas empêché de faire de la lithiase et d'infecter à nouveau sa vésicule biliaire.

Une autre objection peut être faite à la cholécystostomie : c'est la persistance de la fistule biliaire qui se montre rebelle à toute tentative d'occlusion. Cette persistance, attribuée à un obstacle siégeant sur les voies biliaires principales, peut être due à la cholécystostomie elle-même. La fixation pariétale de la vésicule biliaire entraîne, dans certains cas, la coudure du canal biliaire commun au niveau de l'insertion du cystique. Kehr avait déjà signalé la possibilité de cet accident, qui peut se produire quand la vésicule est trop attirée en dehors ou quand le foie vient appuyer sur la vésicule et le cystique et coude ainsi le carrefour des voies biliaires. Cela se voit surtout, en effet, lorsqu'on a affaire à une vésicule entièrement recouverte par le foie, petite et rétractée. A la suite de l'opération persistent alors une fistule interminable, de l'ictère, des crises douloureuses. On pense à un calcul du cholédoque. Mais si on intervient de nouveau, on voit que la cholédoque est libre. La cholécystectomie met fin à ces troubles. La libération de la vésicule, avec fermeture de l'orifice de drainage, pourrait quelquefois aboutir au même résultat. C'est un cas tout à fait semblable à ceux-là qu'a rapporté récemment de Witt Stetten chirurgien au German Hospital, dans les *Annales of surgery*.

D'autre part, la cholécystostomie n'agit nullement sur les adhérences créées autour de ce foyer d'inflammation. Laisser la vésicule en place, c'est respecter les tractus qui

tiraillent sur le pylore, sur l'épiploon, sur l'intestin. Ces adhérences constituent une source de malaises, de troubles digestifs, de douleurs contre lesquelles on lutte inutilement jusqu'au jour où on se décide à enlever la vésicule et en même temps à libérer toutes ces adhérences.

Ces faits sont constatés dans une statistique de W. Mack, travail basé sur les cholécystostomies pratiquées à la clinique chirurgicale d'Heidelberg, de 1901 à 1906. W. Mack a revu cent vingt-quatre malades atteints de lithiase vésiculaire et opérés de cholecystostomies ; soixante-dix-neuf de ces malades (soit 57 %) peuvent être considérés comme absolument guéris et n'ont plus présenté dans la suite ni ictère, ni douleurs ; seize malades ont continué à avoir des douleurs avec l'ictère, des coliques hépatiques. Trente-et-un malades ont eu des crises de coliques hépatiques sans ictère. Vingt-cinq malades ont eu des douleurs dans l'hypocondre droit, que Mack attribue à des adhérences. La mortalité peu élevée (3 %) de ces opérations, ne compense pas, à notre avis, la réelle médiocrité des résultats éloignés. Et si l'on veut considérer les statistiques de cholécystectomies de Kehr, de Rimann, et celles que nous publions, on verra que, malgré les ennuis que l'on peut avoir après les cholécystectomies, malgré la difficulté plus grande de l'opération, les résultats éloignés sont plus favorables ; cependant que la mortalité n'est pas plus élevée.

Les partisans de la cholécystostomie reprochent à l'opération radicale d'exposer les malades à de graves hémorragies (Deaver). Sans doute, on note souvent, après une cholécystectomie, un suintement sanguin assez abondant provenant, soit du lit de la vésicule, soit des adhérences rompues. Mais cette hémorragie n'a que peu d'importance. Le tamponnement pas trop volumineux laissé en place, suffit à

arrêter l'hémorragie diffuse ainsi créée. Quant aux hémorragies sérieuses mettant la vie du malade en danger, je n'en ai jamais vu survenir chez les malades opérés devant moi et que j'aisoignés. Peut être une hémostase soigneusement faite est-elle suffisante pour pallier aux dangers de l'hémorragie.

Le plus gros reproche que l'on puisse adresser à la cholecystectomie est de supprimer le fil conducteur qui mène aux voies biliaires principales. Cet argument a une certaine valeur. Une fois la vésicule enlevée, si pour une raison ou pour une autre, on est obligé d'intervenir de nouveau sur le cholédoque, la découverte de ce canal devient beaucoup plus compliquée. Le fait a son importance à cause des récidives possibles de la lithiase. Il ne faut pas oublier que la vésicule n'est pas le seul endroit des voies biliaires où se constituent les calculs. En outre, il suffit d'un calcul passé inaperçu et oublié dans le cholédoque, pour provoquer de nouveaux accidents, quelquefois assez graves pour nécessiter une intervention chirurgicale telle que la cholédocotomie et le drainage du cholédoque. A un autre point de vue, on peut être amené à vouloir établir, par exemple par suite de l'évolution d'un cancer de la tête du pancréas, une fistule bilio-intestinale. Il est de toute évidence que l'absence de vésicule va compliquer cette nouvelle opération. La vésicule constitue le point de repère le plus important dans la chirurgie des voies biliaires. A cette objection, nous répondrons qu'un examen sérieux peut renseigner le chirurgien sur l'état des voies biliaires. Semble-t-il y avoir la menace d'une récidive de la lithiase, du fait de l'état de l'hépatique et du cholédoque ? La cholécystectomie doit alors être complétée par un drainage de la voie biliaire principale. C'est là, nous le verrons, un principe fondamental de la chirurgie biliaire.

Cette conduite mettra, la plupart du temps, à l'abri des

récidives. Enfin, si l'on craint la récidive malgré ce drainage, il vaudra mieux drainer le cholédoque et l'hépatique, et faire une cholécystostomie. La chirurgie ne connaît pas de règle absolue et vouloir à tout prix enlever la vésicule serait quelquefois néfaste.

Quand la vésicule est enlevée, il faut cependant savoir découvrir le cholédoque. La chose est possible. On pourra rechercher ce canal dans le bord libre du petit épiploon en introduisant le doigt dans l'hiatus de Winslow et en ramenant en avant le pédicule hépatique. On cherchera délicatement le cholédoque en avant et en dehors de la veine porte, organe le plus postérieure du pédicule, située directement sur la pulpe de l'index introduit dans l'hiatus de Winslow.

On peut encore aller chercher le cholédoque derrière le pancréas, dans le quadrilatère rétro-pancréatique de Quénu, après avoir décollé et récliné le duodénum et la tête du pancréas. C'est une opération qui nécessite une certaine habileté, mais qui est très faisable ; le cholédoque que l'on recherche est dilaté et s'offre malgré tout assez facilement à l'explorateur, une fois qu'on a incisé le péritoine qui passe du premier coude et de la deuxième portion du duodénum sur la paroi abdominale postérieure et qu'on a récliné convenablement en dedans le duodénum ainsi libéré et la tête du pancréas.

Enfin, il reste toujours la possibilité d'aborder le cholédoque par voie trans-duodénale et de le cathétériser en passant par l'ampoule de Vater.

L'absence de vésicule n'est pas de nature à empêcher la création d'une fistule bilio-intestinale. Sans doute, l'opération deviendra-t-elle plus malaisée, et dans ce cas il faudra savoir anastomoser à l'intestin soit la partie supérieure du cholédoque dilaté, soit le canal hépatique lui-même.

La difficulté apportée à une nouvelle opération sur les voies biliaires par l'absence de vésicule n'est donc pas un argument suffisant pour condamner la cholécystectomie.

Enfin, il est des cas où à la cholécystectomie, il faudra joindre le drainage de la voie biliaire principale. Il est inutile de faire ce drainage systématiquement.

Quand les voies biliaires principales ne sont pas dilatées, quand il existe des adhérences solides autour du pédicule hépatique, le drainage est une opération délicate, et il est inutile de risquer d'aller léser sans motif suffisant la veine porte ou le canal hépatique. D'autre part, il n'est pas indifférent de détourner complètement le cours normal de la bile vers l'intestin. Les malades ainsi drainés se rétablissent souvent moins vite que ceux auxquels on a fait une cholécystectomie simple. Nous allons voir dans quels cas il est indiqué de faire, en même temps que la cholécystectomie, l'hépaticus drainage et le drainage du cholédoque. Il est évident que ce drainage s'impose quand la palpation montre l'existence de calculs à l'intérieur de ces canaux après leur ablation. Ce qui est intéressant, c'est de savoir quand il faut faire l'incision du cholédoque et le drainage de ce canal quand la palpation n'y a pas révélé l'existence de calculs.

Kehr, dans *Archiv fur Klinische chirurgie* du 5 février 1912, a énoncé les règles qui dictent sa conduite en pareille circonstance.

1° *L'existence d'une pancréatite marquée, surtout au niveau de la tête du pancréas, commande l'H. D. et le drainage du cholédoque.* — Ceci est vrai dans la plupart des cas, d'autant plus que c'est surtout le calcul du cholédoque qui s'accompagne de pancréatite. Mais dans les cas où malgré la pancréatite, on ne constate rien, ni cliniquement, ni à l'opération dans les voies biliaires principales, on peut penser qu'il

s'agit d'une cholécysto-pancréatite. Dans ces cas, la cholécystectomie suffit à guérir la pancréatite. Nous en rapportons quatre observations.

2° *Il faut faire la cholédocotomie quand le cholédoque est épaissi dans ses parois et dilaté. Il peut alors s'agir d'un calcul enclavé, rétroduodénal qui par sa situation échappe à la palpation.* — Dans ces cas, le cholédoque dilaté est facile à inciser et à drainer, et quand on a affaire à un cas semblable, l'hésitation n'est même pas permise et l'indication du drainage est évidente

3° *Lorsque, dans l'anamnèse, on relève de l'ictère, des frissons, l'évacuation de calculs biliaires.* — Dans ces cas, pour que le drainage de la voie principale soit nécessaire, il faut qu'il y ait des lésions de cette voie biliaire ou que ces troubles aient présenté une certaine acuité. Quelques-uns des cholécystectomisés dont je rapporte l'observation avaient présenté de ces phénomènes, mais d'une façon transitoire. Ils ont complètement disparu après la simple cholécystectomie.

4° *Lorsqu'on a incisé involontairement le cholédoque en enlevant le cystique, ou en fendant ce canal pour le cathétériser, il vaut mieux alors drainer le cholédoque que le suturer.* — La cholédocotomie se trouvant ainsi faite, il est tout naturel de drainer la voie principale. Mais je ferai remarquer que cette blessure du cholédoque est difficile si on prend soin de bien exposer à la vue le carrefour cystico cholédocien, ainsi qu'on le fait quand on commence la cholécystectomie par la libération du cystique et qu'on décolle le cystique et la vésicule d'arrière en avant.

5° *Lorsqu'il existe de nombreux petits calculs dans la vésicule et le cystique qui font soupçonner qu'il y en a également dans le cholédoque.* — Cette possibilité de petits calculs dans

l'hépatique et le cholédoque est certainement un des meilleurs arguments en faveur du drainage de la voie principale. Il faut toujours s'assurer qu'il n'y a rien dans le cholédoque, quand on ne veut pas le drainer. C'est à la présence de ces petits calculs oubliés qu'on peut attribuer des récidives de coliques hépatiques après cholécystectomie. Elles sont passagères le plus souvent, et ne se renouvellent pas. Mais il faut toujours s'en défier dans les cas semblables.

6° *Lorsqu'on voit s'écouler par le moignon du cystique une bile trouble, signe de l'inflammation de la voie biliaire principale.* — Souvent, cette constatation s'accompagne d'autres signes qui commandent l'hépaticus-drainage.

7° *Enfin, lorsqu'on constate l'existence d'un gros foie induré d'une cirrhose hépatique.*

Dans la pratique, ces règles ont une valeur considérable : les statistiques de Kehr et les résultats le prouvent. Il semblerait donc que la cholécystectomie doive être faite rarement seule : cela n'est pas exact, car bien souvent on trouve une cholécystite simple ne nécessitant pas le drainage du cholédoque, et il ne faut pas oublier que Kehr a été amené à formuler ces règles à la suite de la question : « Quand faut-il pratiquer l'hépaticus-drainage », que lui posaient les médecins qui suivaient ses opérations et qui se montraient étonnés que fréquemment il se contentât de faire une cholécystectomie pure et simple sans drainage de l'hépatique.

M. Lejars et M. Gosset ont insisté depuis longtemps sur la nécessité dans certains cas de faire l'hépaticus-drainage, en même temps que la cholécystectomie. Leur enseignement a toujours été inspiré de ces considérations, avant que Kehr ne les eut formulées.

LA CHOLÉCYSTECTOMIE DANS LES CHOLÉCYSTITES AIGUËS

Il a été longtemps classique d'admettre que la cholécystectomie n'était pas de mise dans le traitement des accidents infectieux aigus de la lithiase vésiculaire.

Il faut, pour discuter ce point, séparer complètement *la cholécystite aiguë, suppurée, avec péricholécystite, de la gangrène de la vésicule avec perforation.*

Pour la gangrène de la vésicule avec perforation, il n'y a pas de discussion possible : la cholécystectomie s'impose. Il faut chercher à tout prix à la réaliser. La plupart du temps, la perforation s'est faite avant que des adhérences aient limité le foyer de péritonite. La bile infectée, mélangée de pus s'écoule dans la grande cavité péritonéale. L'ablation de cette vésicule gangrénée, et le large drainage de la cavité abdominale permettent d'espérer la guérison du malade. Mais malgré l'intervention, le pronostic reste des plus graves : Korte (*Archiv fur Klinische chirurgie*, 1909, fascicule I), a observé sept cas de péritonite par perforation de la vésicule. Cinq se sont terminés par la mort. Deux ont guéri, dont une femme de 72 ans, malgré l'opération.

Lobingier (*Annals of surgery*, juillet 1908), rapporte un cas de gangrène de la vésicule dans lequel on trouve dans le

péritoine un liquide purulent ardoisé, qui teinte l'épiploon. La vésicule est friable, noirâtre et crépite au toucher. Elle est distendue par les gaz ; on sent des calculs à travers la paroi. Il enlève la vésicule, draine la portion restante du cystique, ainsi que la loge occupée par la vésicule. Le malade guérit.

Le gros danger dans ces gangrènes de la vésicule avec péritonite par perforation, vient de l'état général déplorable des malades qu'on opère. C'est cela qui fait préférer à beaucoup de chirurgiens la simple incision de la vésicule et du foyer de péritonite, suivie de drainage, à une cholécystectomie toujours plus complexe.

Hartig de Calrsruhe a opéré trois cas de perforation de la vésicule. Dans la première observation, il s'agit d'une femme de 42 ans qu'il voit au quatrième jour de sa perforation dans un état des plus mauvais, avec péritonite généralisée. Une laparotomie médiane sous-ombilicale laisse échapper de la bile et de l'ascite. On fait une nouvelle incision à travers le grand droit, on tombe sur une vésicule perforée. On agrandit la perforation, qui siège sur le fond de la vésicule, extrait les calculs et fixe la vésicule à la paroi après nettoyage aussi complet que possible de la cavité péritonéale. Au bout de deux mois, la malade est guérie ; la fistule est fermée. Mais quelques jours après sa sortie, elle refait une perforation et meurt, malgré l'incision d'un abcès pericholécystique. Cette observation montre tout le danger qu'il y a à laisser en place une vésicule gangrénée. En admettant que l'on puisse obtenir ainsi la guérison des accidents, on expose son malade à une nouvelle perforation. Les deux autres observations ont trait à des malades dont la vésicule, calculeuse depuis longtemps, se gangréna et se perfora. Tous deux subirent une cholécystostomie. Le premier, un homme de

62 ans, dont la perforation siégeait au niveau du col de la vésicule, guérit. L'autre, une femme de 53 ans, très fatiguée opérée deux jours après la perforation, mourut dans la nuit.

Friedrich de Marburg, vit une femme ayant un passé lithiasique et ayant présenté des accidents de cholécystite calculeuse le 15 décembre 1910, présentant les signes d'une péritonite grave et chez qui on fut amené à penser à la perforation de la vésicule. Après laparotomie, la vésicule fut enlevée, la cavité drainée et méchée. Elle était remplie d'un liquide bilio-purulent. La paroi, épaisse de deux à trois millimètres, complètement nécrosée. Mais elle ne renfermait pas de calculs. Friedrich pense que les calculs avaient été expulsés et que la vésicule infectée s'était secondairement sphacélée. Cette malade guérit d'ailleurs parfaitement, à part une thrombose veineuse de la jambe gauche.

Sans doute, dans ces cas, on peut hésiter à pratiquer une cholécystectomie, bien que ce soit l'opération rationnelle. Mais alors, il ne faut pas laisser aller le malade à qui on a fait une cholécystostomie et un drainage, une fois qu'il est guéri de sa perforation. C'est l'exposer à de nouveaux accidents du même genre. Il faut remonter son état général par un traitement approprié, et le moment venu où il est possible de le réopérer, lui enlever sa vésicule.

C'est ce qu'a fait Howard Lilienthal (Du choix de l'intervention dans les affections des voies biliaires. *New-York médical Journal*, juillet 1911, p. 6.) Un homme de 40 ans, ayant un passé lithisiaque est vu par lui au deuxième jour d'une perforation de la vésicule. Le malade est tellement faible qu'on se contente, sous anesthésie locale, d'inciser et de drainer le foyer qui donne issue à une grande quantité de pus et à un grand nombre de gros calculs. La guérison survient, et quelques semaines après on enlève la vésicule

et un volumineux calcul du cystique. Le malade est définitivement guéri.

Il n'en reste pas moins vrai que la gangrène de la vésicule est une chose fort grave, d'autant plus qu'on tarde à opérer ces malades et qu'on perd du temps à essayer des moyens médicaux incapables de pallier les accidents graves qui vont se dérouler, malgré leur bénignité apparente du début. Il n'en sera plus de même quand on pourra opérer ces malades dans les premières heures : le malade n'est pas à ce moment assez affaibli pour ne pas pouvoir supporter une cholécystectomie qui pourra, dans ces conditions, donner des résultats autrement meilleurs que ceux que l'on obtient actuellement soit en attendant que les accidents s'arrangent grâce à un traitement médical ou en se fiant simplement aux bons résultats d'un drainage.

Il nous faut signaler encore l'excellent résultat qu'a donné la cholécystectomie dans une affection rare : la péritonite biliaire sans perforation des voies biliaires. Clairmont et Von Haberer en ont rapporté un cas (*Grenzgebieten der medizin und der chirurgie*, 1910, XXII f. 1.), et le croyaient unique. Schievelbein de Posen, en 1910, en apporte une deuxième observation : Un homme de 32 ans, ayant déjà souffert à plusieurs reprises de douleurs gastriques et d'anorexie, fut pris brusquement le 8 janvier 1910 d'une vive douleur dans le côté droit du ventre avec vomissements. Il existait une douleur vive dans la fosse iliaque droite entre l'ombilic et l'épine iliaque. La température est à 37°9. Le pouls a 98. Le ventre était tendu et douloureux. On fit le diagnostic de péritonite par perforation appendiculaire. On intervint le 14 janvier 1910. Incision sur le bord externe du grand droit à droite. Il s'écoule à l'ouverture du péritoine du liquide ascitique coloré par de la bile. Le cœcum et l'appen-

dice sont normaux. On prolonge l'incision en haut. La vésicule biliaire est distendue ; sa surface est lisse et il n'y a pas d'adhérences. Ses parois semblent épaissies. On sent au niveau du cystique plusieurs petits calculs. On ponctionne la vésicule. On en retire une bile épaisse. On extirpe ensuite la vésicule après avoir lié le cystique. On n'ouvre pas le cholédoque qui paraît normal.

Drainage de la cavité.

Guérison rapide du malade.

La vésicule ne présentait ni perforation, ni ulcération et Schievelbein pense que la bile a dû filtrer, transsuder au travers de la paroi de la vésicule dont le contenu se trouvait sous pression.

Doberauer a également observé deux malades qui présentèrent une péritonite biliaire avec intégrité macroscopique des canaux biliaires. Mais, tandis que le malade de Clairmont et Von Haberer et celui de Schievelbein étaient des lithiasiques, il s'agit dans le cas de Doberauer d'une cholécystite éberthienne et d'une cholécystite traumatique.

La cholécystite aiguë est caractérisée par une altération très grande des parois, par la septicité de son contenu et par la tendance qu'a l'infection vésiculaire à se propager de proche en proche. Nous avons vu, en étudiant l'état des vésicules malades, qu'on pouvait voir des cholécystites suppurées, des cholécystites gangréneuses, des cholécystites hémorragiques. Toutes ces formes, en réalité, relèvent de deux grands processus : l'infection par voie sanguine ou par voie ascendante et l'irritation causée par la présence de calculs. Toutes se compliquent de réaction locale par propa-

gation de l'infection et de réaction générale. Et les cholécistites aiguës calculeuses se présentent cliniquement à peu près toujours de la même façon. Un malade, sujet depuis longtemps à des crises de colique hépatique, est pris brusquement d'une douleur violente dans l'hypocondre droit. Malgré le repos au lit, malgré la morphine, la douleur persiste. Elle est plus sourde, plus profonde que dans la crise de colique hépatique habituelle. D'abord localisée à la région sous-hépatique, elle s'étend rapidement à tout l'étage supérieur de l'abdomen. Le ventre est ballonné. Des nausées et des vomissements apparaissent.

Si on examine la région, on note une tuméfaction très nette dans la région vésiculaire produite par la vésicule recouverte d'adhérences épiploïdes qui la soudent quelquefois aux organes voisins.

Malgré la défense musculaire, on peut apprécier les caractères de cette tuméfaction, surtout chez les gens maigres. Elle se continue directement avec le foie, et quand les phénomènes aigus seront un peu calmés, elle devrendra mobile avec lui dans les grands mouvements respiratoires. Elle est absolument immobile transversalement. Au sommet de la tuméfaction, on peut trouver un point un peu résistant, correspondant au fond de la vésicule gorgée de pus. Toutes ces recherches sont d'ailleurs extrêmement douloureuses et mieux vaut ne pas insister. Pendant toute la durée de cette crise, la température reste très élevée. La fièvre monte à 41°. Elle est sujette à de grandes oscillations. Le pouls est rapide, mal frappé. Les urines sont souvent riches en pigments biliaires, malgré l'absence d'ictère. De petits frissons ,surtout au début de la crise, sont souvent notés.

Dans d'autres cas plus graves, il y a en même temps des signes d'hépato-angiocholite. Le foie, augmenté de volume,

est très douloureux ; le malade présente une teinte jaune franche. Les urines sont couleur acajou. La fièvre est élevée. Quelquefois, un peu de congestion pulmonaire, surtout au niveau de la base droite, traduit l'inflammation qui se propage de proche en proche. Ces crises d'angiocholite sont d'ailleurs souvent passagères et au bout de quelques jours disparaissent pour ne laisser que la cholécystite et la péricholécystite en évolution. Mais elles peuvent, à la longue, laisser derrière elles une cirrhose hépatique dont l'existence assombrit le pronostic.

Comme nous allons l'indiquer plus loin, il est possible d'amener la sédation de ces symptômes par un traitement bien dirigé et d'obtenir le refroidissement de la crise. J'ai essayé d'exposer les grandes lignes de ce traitement, tel que je l'ai vu appliquer dans les services de M. le professeur Lejars et de M. le docteur Gosset.

Le traitement de ces cholécystites aiguës est un peu différent suivant les cas. En effet, elles se présentent avec une allure clinique très différente, suivant l'état des lésions et l'état général du malade. La défense musculaire qui existe toujours et l'empâtement empêchent la palpation profonde. Il est difficile d'apprécier l'état de la vésicule. Ce sera surtout sur les signes généraux et sur l'évolution de la maladie qu'on se basera pour intervenir.

Le malade sera mis au repos le plus complet au lit ; la diète lactée sera instituée. Si la douleur est très violente, on la calmera avec une piqûre de morphine. On fera de larges applications de compresses chaudes sur la région de l'hypocondre droit. Celles-ci calment mieux la douleur que les applications de glace. Cependant, on se trouvera bien, dans certains cas, de faire alterner les compresses chaudes et la glace. Si l'état général du malade est très touché et si il

présente des phénomènes d'infection marquée, on fera des injections de sérum salé en petite quantité, soit hypodermiques, soit intrarectales. On tirera grand profit de quelques piqûres d'huile camphrée si le malade est fatigué. Sous l'influence de ce traitement, on voit, dans les cas qui doivent se terminer par résolution, la température tomber peu à peu en lysis ; la douleur se calme, la défense musculaire cesse. L'empâtement diminue, mais ne disparaît pas complètement. On peut quelquefois le mobiliser dans le sens transversal. En haut, on ne peut par l'isoler de la face inférieure du foie. Il faut compter une vingtaine de jours de ce traitement pour amener le refroidissement d'une crise de cholécystite aiguë. Mais souvent, il n'en va pas aussi simplement. Brusquement, alors que tout semblait devoir aller bien, la douleur réapparaît, la température s'élève ; quelquefois, le malade est repris de vomissements. Nous avons quelquefois observé l'apparition de crises d'angoisse des plus pénibles. Il ne faut pas s'alarmer outre mesure de ces reprises de l'infection vésiculaire et périvésiculaire. Quelquefois, elles coïncident avec un relâchement passager du régime, avec un mouvement intempestif du malade. Il faut, dans ces circonstances, calmer la douleur par un peu de morphine et renouveler les compresses, remonter le malade s'il a quelque défaillance.

Généralement on voit, grâce à ce traitement, les phénomènes aigus s'atténuer. La cholécystite est refroidie. Dès que l'on ne note plus de diminution des phénomènes objectifs du côté de la vésicule, on peut se décider à intervenir. La cholécystectomie, dans ces conditions, sera quelquefois pénible. Mais elle est réalisable entre des mains expérimentées.

A côté de ces cas qui refroidissent, il en est au contraire

qui demandent à être opérés d'urgence. M. Chauffard pose en principe que si, quarante-huit heures après le début du traitement, il n'y a pas d'amélioration, il faut drainer la vésicule. L'état général du malade est gravement atteint : il a le teint plombé des grands infectés ; le pouls est rapide, mal frappé, la température élevée réalise le type de la fièvre à grandes oscillations. La réaction péritonéale est très marquée, la défense musculaire tend à se généraliser à toute la paroi abdominale. Localement, on trouve tous les signes d'une volumineuse collection purulente enkystée.

Il est évident que dans ces cas, l'intervention s'impose. L'état général du malade peu satisfaisant contr'indique une grande opération. Les manœuvres qu'elle nécessite risquent d'étendre à toute la cavité abdominale l'infection encore limitée à la région sous-hépatique ou même à la vésicule seule. L'incision de la vésicule pleine de pus, son large abouchement à la peau, avec le drainage concomitant des collections périvésiculaires s'il y il en a, est l'opération que l'on doit pratiquer dans ces cas.

Les phénomènes généraux ne tardent pas à s'amender. L'état du malade se relève. Il ne reste qu'à attendre la guérison spontanée. Malheureusement, quelquefois la fistule ainsi créée ne se forme pas d'elle-même. Autrefois, on préconisait la fermeture de l'orifice cutané de la vésicule quand les signes d'infection avaient disparu. C'est à la cholécystectomie que nous demanderons actuellement la guérison de la fistule et des accidents de lithiase.

Quelquefois, mais rarement, la vésicule s'ouvre à l'extérieur elle-même : il se fait une cholécystostomie spontanée. Le mécanisme de formation de celle-ci est d'ailleurs souvent beaucoup plus complexe. Il s'agit, en effet, dans la plupart des cas de fistulisation biliaire, d'une perforation de la

vésicule se faisant au milieu d'adhérences, sous l'influence de l'ulcération produite par les calculs jointe à l'infection virulente du contenu de la bile et aux altérations marquées de la paroi. Par cette perforation passe du liquide septique, qui heureusement ne dépasse pas les limites que forme la barrière de pericholécystite. Il se forme ainsi un abcès périvésiculaire très volumineux plein de pus fétide, renfermant souvent des calculs biliaires. Cet abcès pourra s'enkyster et diminuer sous l'influence du refroidissement. Mais généralement, les phénomènes aigus sont tellement marqués, la présence d'une collection de pus tellement évidente, qu'on intervient en ouvrant cette collection. Si l'on tarde trop à drainer ce phlegmon périvésiculaire, le pus gagne de proche en proche à travers la paroi musculaire, fait saillie sous la peau, qui rougit, s'œdématie et finit par s'ulcérer et par laisser se vider la collection sous-jacente. Cette fistule est d'ailleurs le plus souvent insuffisante à assurer le bon drainage de cet abcès : il s'en écoule du pus mélangé de bile, de la boue biliaire, des calculs.

Les phénomènes aigus qui accompagnaient la formation de cet abcès périvésiculaire s'amendent. Mais il persiste une fistule intarissable. Souvent, des douleurs par tiraillements des organes voisins adhérents. Cette poche qui se vide mal donne lieu à de la rétention et l'on voit survenir des poussées de température avec frissons. Puis, la cavité se vide, tout rentre dans l'ordre, jusqu'à une nouvelle crise de rétention.

L'ablation de cette vésicule fistulisée de soi-même à la peau, est donc indiquée d'une façon absolue. Nous l'avons vu pratiquer de façon simple et les malades guéris de leur cholécystectomie aussi facilement que les autres opérés et sans réaction péritonale spéciale.

On a préconisé la cholécystectomie au cours de ces cholécystites aiguës, dès le début des accidents. Riedel, en 1908, publie une statistique de trente-deux cholécystectomies pratiquées au début de la crise qui montre cette intervention sous un jour très favorable. Korte se rattache également à cette manière de faire. Riedel recommande de faire la cholécystectomie de bas en haut, du col vers le fond, dès qu'on est appelé auprès du malade et qu'on a précisé la nature des accidents.

C'est aussi l'opinion de Cotte et Leriche, qui ont apporté un certain nombre d'observations personnelles de cholécystectomies faites à chaud pour cholécystites aiguës avec péricholécystite (*Rev. de Chi*, 10 déc, 1912). Pour eux, « toutes les fois que l'état général du malade le permet, il faut faire l'opération radicale et l'on n'aura recours au drainage vésiculaire que dans les cas où un mauvais état général ou de trop grandes difficultés opératoires rendraient la cholécystectomie impossible ».

Pour ces auteurs, c'est surtout dans les premières heures du développement des accidents de cholécystite qu'il sera indiqué de pratiquer la cholécystectomie. A ce moment, en effet, l'infection, très virulente, n'a pas encore dépassé les parois de la vésicule. Le péritoine voisin n'a pas encore eu le temps de créer des adhérences. D'autre part, le malade n'est pas encore en mauvais état : il pourra facilement supporter une cholécystectomie promptement et correctement faite.

Mais malheureusement, les chirurgiens ne voient les cholécystites aiguës trop souvent que longtemps après le début des accidents, et dans ces conditions la cholécystectomie devient difficile à défendre.

Il est, d'autre part, possible de faire la cholécystectomie

au milieu d'adhérences qu'on libère. Il faut cependant insister sur le danger que l'on court de disséminer l'agent infectieux, qui peut alors encombrer les lymphathiques de la vésicule et les capillaires péritonéaux.

Dans l'avenir ces cholécystectomies peuvent avoir des suites moins bonnes. On est obligé d'aller vite pour ne pas fatiguer son malade dont la résistance est singulièrement diminuée. Dans ces conditions, on note souvent après ces opérations à chaud, l'existence d'adhérences d'organes au péritoine pariétal, de l'épiploon à la paroi, d'où des troubles nombreux. Riedel insiste aussi sur la possibilité de complications terribles : la thrombose de la veine porte, de la veine cave inférieure.

Il y a donc là toute une série de dangers qui n'existent pas ou qui sont moins menaçants dans la cholécystectomie faite en période apyrétique.

On ne peut pas établir de règle fixe : C'est une question de tempérament et de jugement :

Devant telles constatations, on fera la cholécystectomie, (grosse vésicule libre d'adhérences, malade suffisamment résistant).

Dans d'autre cas (malade en crise depuis déjà quelques jours, vésicule coiffée d'adhérences avec de petits abcès au voisinage), il vaut mieux se borner à faire un drainage de la vésicule et à assurer l'évacuation des petits abcès voisins, en réservant à une époque moins trouble la cholécystectomie définitive.

LA CHOLÉCYSTECTOMIE DANS LA CHOLÉCYSTITE CHRONIQUE

La cholécystite peut devenir chronique à la suite d'une poussée aiguë. Les accidents fébriles se sont apaisés, la douleur est calmée. Il n'y a plus de défense musculaire, mais il persiste une tuméfaction dans la région vésiculaire se continuant en haut avec le foie, en bas se délimitant mal avec les viscères abdominaux. Elle est légèrement mobile dans le sens transversal. Elle suit avec le foie les grands mouvements respiratoires. La palpation est douloureuse, surtout dans la profondeur. Quelquefois un peu de subictère persiste.

Il s'agit alors, en réalité, d'une cholécystite aiguë apyrétique, d'une cholécystite dans laquellle il persiste des adhérences de la vésicule aux organes voisins, avec quelquefois de petits abcès dans la paroi vésiculaire et au milieu des brides épiploïques. A travers cet amas d'adhérences, une fois la laparotomie faite, il est quelquefois difficile de s'y reconnaître et c'est alors qu'il faut, avec méthode et douceur, reconnaître les différents organes, les isoler les uns des autres, rétablir la région dans sa situation anatomique, après protection soignée du champ opératoire.

La cholécystectomie est, dans ce cas, une opération excellente : elle enlève un organe malade et elle libère complète-

ment les nombreuses adhérences qui tirent sur l'intestin le pylore et l'épiploon. Elle permet un nettoyage complet de tous les petits foyers purulents qui se sont formés là.

C'est ce qui s'est passé pour les malades des observations que je rapporte à la fin de ma thèse, sous la rubrique *Cholécystectomies pour cholécystites aiguës opérées en période apyrétiques*. Ce sont là les malades dont j'ai décrit le mode de traitement au chapitre précédent.

Le refroidissement obtenu, on a choisi le moment favorable pour opérer et, dans ces conditions, la cholécystectomie a été une opération simple dont les malades ont tiré le plus grand bénéfice.

Si nous analysons les symptômes que présentaient ces malades, et si nous résumons les résultats obtenus par l'opération, nons pouvons dire que jamais les crises douloureuses n'ont reparu, soit sous forme de coliques hépatiques ou sous forme de douleurs à exacerbations brusques. L'ictère n'a plus été revu. L'état digestif des malades s'est considérablement amélioré. En un mot, l'opération a amené la cessation des signes fonctionnels de la maladie.

Localement, on ne retrouve pas le plus petit empâtement dans la profondeur ou dans la superficie. La paroi abdominale est souple sur les plans susjacents.

L'état général des malades s'est relevé : les forces sont revenues, le poids a augmenté. Cela été, dans certains cas, une véritable résurrection ; il est d'ailleurs extrêmement rare de noter dans ces formes quoi que ce soit qui pût faire songer à un semblant de récidive.

Dans d'autres cas il n'y a jamais eu de cholécystite aiguë à proprement parler. C'est ce qui finit par arriver chez des malades présentant des séries de coliques hépa-

tiques. Au début, il y a simplement cholécystite catarrhale ; les parois de la vésicule sont légèrement épaissies, la muqueuse est rougeâtre, un peu tuméfiée. Mais peu à peu ces lésions s'accentuent, les parois se rétractent, se sclérosent. La vésicule ne forme plus qu'un petit moignon, bourré de calculs : C'est la cholécystite scléreuse. Dans ce cas, d'ailleurs, l'infection a souvent dépassé le cystique et c'est précisément dans ces cholécystites chroniques d'emblée qu'il faudra surtout veiller à l'état des canaux hépatiques et du cholédoque. L'infection a même pu se propager aux canalicules biliaires et ces cholécystites scléreuses, avec vésicule ratatinée, nécessitent souvent une opération plus complète que la cholécystectomie simple. C'est surtout dans ces cas qu'on sera amené à drainer le cholédoque et l'hépatique.

Cette éventualité est fréquente quand on opère des gens ayant souffert depuis de longues années de coliques hépatiques, présentant un état douloureux persistant de la région vésiculaire sans tumeur apparente. Chez ces individus, des poussées de subictère sont fréquentes, avec crises fébriles irrégulières, petits frissons, traduisant l'engorgement et l'infection de toutes les voies biliaires. Le foie lui-même, un peu augmenté de volume, est douloureux. La rate est quelquefois hypertrophiée.

Il est bien évident que, dans ces conditions, la cholécystectomie seule ne suffirait pas à amener la désinfection des voies biliaires. De plus, dans ces voies biliaires infectées, de nouveaux calculs pourront se reformer : on ne peut pas garantir la guérison définitive de tels malades. Il est alors indiqué de faire le drainage de la voie biliaire principale. Mais, dans ce cas, il vaut mieux laisser la vésicule. D'abord son ablation, étant donné son petit volume et les adhérences nombreuses qui la transforment en un bourrelet

presque absolument inséparable, du foie, de l'épiploon, de l'intestin, est extrêmement difficile et dangereuse.

D'autre part, étant donné la possibilité d'une récidive, il vaut mieux la laisser en place (en la drainant, si cela peut se faire, en même temps que le cholédoque et l'hépatique) afin de pouvoir réopérer utilement, le cas échéant, et sans faire courir de trop grands risques au malade.

Mais dans le cas où l'infection est moins marquée, où les lésions n'ont pas encore eu le temps d'évoluer complètement, la vésicule ne se présente pas ainsi sous la forme d'un moignon informe. Les parois sont épaissies ; la cavité est augmentée et renferme de nombreux calculs (deux cent-quatorze dans une observation rapportée ici) ou un volumineux calcul qui l'occupe toute entière avec un peu de bile septique.

Souvent dans le col ou dans le cystique on retrouve aussi un calcul enchatonné.

Cette grosse vésicule est libre d'adhérences ou ne tient que par quelques points de ses parois aux organes voisins. Les voies biliaires principales sont libres ; leur consistance est normale. Le foie ne semble pas touché. Dans nombre de ces cas où beaucoup de chirurgiens préconisent l'hépaticus drainage, la cholécystectomie simple a été faite : les malades ont guéri sans encombre. Cependant, c'est dans ces formes que l'on note parfois des récidives sous forme de coliques hépatiques.

Il faut remarquer que ces coliques hépatiques ne durent généralement pas et ne reparaissent plus après une première atteinte. En tous cas, à de tels malades, il faut recommander de suivre un régime scrupuleux et mieux de faire une cure à Vichy.

Il est difficile de prévoir, avant l'opération, l'état dans lequel on trouvera les voies biliaires et les meilleurs cliniciens peuvent se tromper. D'une façon générale, ces formes de cholécystite sont marquées par la constatation sur les malades d'une grosse vésicule douloureuse ; quelquefois, au cours des crises, ils ont présenté des poussées d'ictère, des élévations de température. On a songé à de la lithiase des voies biliaires principales. Or, à l'opération, on s'aperçoit que seule la vésicule est atteinte. Mais souvent ces malades ont rendu, dans les selles, des calculs biliaires quelques temps après la crise douloureuse. La migration rapide d'un calcul s'est effectuée ; son passage dans les voies biliaires principales a déterminé l'apparition du syndrome caractéristique des infections calculeuses de l'hépatique et du cholédoque : mais cela n'a pas été suffisant pour léser ces voies biliaires d'une façon grave et l'établissement d'un hépaticus drainage serait superflu chez ces malades. La cholécystectomie simple suffit à elle seule à les guérir.

LA CHOLÉCYSTECTOMIE DANS L'HYDROPISIE DE LA VÉSICULE

L'hydropisie de la vésicule constitue une des formes de cholécystite qui réclame le plus l'intervention et l'ablation. Ces cholécystes sont dues à la présence d'un calcul enclavé dans le cystique obturant ce canal et empêchant la bile de s'écouler dans le cholédoque.

La bile ainsi renfermée à l'intérieur de la vésicule se transforme : les pigments se résorbent, le liquide se fluidifie. Les glandes vésiculaires continuant à secréter le liquide augmente en même temps qu'il devient plus clair. Il en est ainsi si le contenu d'une telle vésicule reste stérile. Mais il peut arriver que ce cholécyste s'infecte ; on a alors une grosse vésicule à parois minces renfermant un liquide purulent, louche, d'odeur quelquefois fétidé. C'est l'empyème chronique de la vésicule. C'est ce qu'on risque de voir survenir quand on respecte trop longtemps les hydrocholécystites soi-disant stériles.

Cliniquement l'histoire des malades montre chez eux un passé lithiasique. La première crise de coliques hépatiques remonte le plus souvent à une date très éloignée. Depuis, les malades ont été tranquilles pendant un laps de temps quelquefois très long. De temps à autre un trouble

léger, douleur aiguë dans la région vésiculaire, crise d'endolorissement passagère, trouble digestif plus ou moins marqué leur faisait redouter l'éclosion d'une nouvelle crise de lithiase biliaire. Puis, lentement, en même temps qu'une douleur sourde s'installait dans l'hypocondre droit, ces malades assistaient au développement d'une tuméfaction dans la région sous-hépatique.

Jamais on n'avait remarqué d'ictère, sauf peut-être, dans certaines observations, tout à fait au début de l'affection, au moment où on attendait la guérison d'un traitement médical avec régime sévère et cure à Vichy ou à Carlsbad. Il était arrivé, en effet, que lors des premières crises, le calcul s'est engagé dans le cystique et s'y est enclavé, formant soupape. Et finalement, quand on examine ces malades, on trouve une tumeur ovoïde, grosse comme le poing et parfois davantage, résistante, légèrement douloureuse à la pression, formant une masse pesante et mobile que le malade sent parfois se déplacer quand il change de position.

Certains médecins conseillent l'abstention chirurgicale dans cette forme de lithiase vésiculaire *(Mongour. Congrès médical de Genève)* au moins quand les douleurs ne sont pas trop marquées et que l'état général des malades n'est pas trop touché. Ils espèrent que cette vésicule diminuera de volume par la disparition spontanée du liquide et que tout finira par s'arranger.

Ce que nous savons de l'état des parois de ces vésicules ne nous pousse pas à partager cette manière de voir. Le sphacèle des parois est toujours à craindre à la moindre infection. D'autre part la vésicule hydropique peut sans doute réduire son volume. Mais les médecins ne nous disent pas ce que deviendra le calcul qui barre la lumière du cystique qui, lui, ne bougera pas et qui continuera à ulcérer

les parois du canal et à favoriser en ce point l'infection de ce qui reste de vésicule.

Kehr enseigne que « dans les cas exceptionnels où l'hydropisie stérile donne peu de symptômes, le patient peut garder sa vésicule jusqu'à ce que les douleurs s'installent et se prolongent. » Pourquoi faire courir aux malades les risques graves de péricholécystites, de gangrène de la vésicule, ou, plus simplement, les exposer à ces douleurs prolongées, quand on peut les soulager complètement. Surtout que, dans ces cas, l'intervention est des plus simples. Il n'y a pas d'adhérences ; la vésicule distendue fait saillie dans le champ opératoire, dès que le ventre est ouvert convenablement et la cholécystectomie, dans ces conditions, est une opération facile et dont les résultats sont excellents. Il faudrait réellement ne pas avoir confiance dans les résultats de l'acte chirurgical pour laisser ces malades attendre la guérison d'un traitement médical.

Si cette cavité remplie de liquide s'infecte, le tableau clinique change brusquement : la fièvre irrégulière à grandes oscillations, ou à caractère cyclique s'installe, le pouls s'accélère, le malade prend rapidement l'aspect du sujet infecté. La tumeur s'immoblise, la douleur dans l'hypocondre droit devient lancinante, insupportable. Elle s'accompagne de défense musculaire dans tout le flanc droit. Si l'infection due au colibacille le plus souvent, se propage au péritoine, des accidents de péricholécystite vont pouvoir s'installer, dus à la migration de l'agent infectieux à travers les parois de la vésicule. Enfin il faut redouter la rupture de cet empyème vésiculaire en plein péritoine.

Si on assiste au début des accidents, on trouve à l'intervention, une vésicule libre d'adhérences, tendue au maximum. L'enlever est facile : Si on a soin alors de bien garantir son

champ opératoire, de bien protéger le reste de la cavité abdominale avec des compresses, les risques de péritonite généralisée deviennent minimes.

Si au contraire on se trouve en présence d'un malade affaibli par l'infection qu'il traîne depuis quelques jours, il faut savoir limiter l'acte opératoire. Une cholécystostomie rapidement faite, assurant le large drainage de la vésicule, en ayant soin de ménager un drainage de l'espace périvésiculaire, amènera le plus souvent la cessation des accidents aigus qui se déroulaient. Il en restera une fistule dont on peut espérer la guérison spontanée avec résolution complète de l'hydropisie vésiculaire.

Malgré que cette guérison s'observe après cholécystostomie, il me semble plus rationnel d'enlever la vésicule plus tard, quand les accidents sont calmés, que le malade est redevenu assez solide pour que l'on puisse lui faire subir sans crainte une cholécystectomie qui aura l'avantage d'enlever le cystique, siège d'élection du calcul soupape, cause de tous les accidents.

LA CHOLÉCYSTECTOMIE ET LES CHOLÉCYSTITES CARACTÉRISÉES PAR LA PRÉDOMINENCE DES TROUBLES DIGESTIFS

Les cholécystites s'accompagnent souvent de troubles dyspeptiques ; cette forme clinique fréquente est importante à connaître.

Les troubles digestifs, en effet, peuvent être au premier plan du tableau clinique.

Tantôt le début des accidents lithiasiques est marqué par des troubles gastro-intestinaux, l'épigastralgie, la pesanteur stomacale, les éructations, la lenteur de la digestion. Ces symptômes font songer à une indigestion ou à une affection organiquue de l'estomac lorsqu'ils persistent plusieurs jours.

Tantôt ces symptômes digestifs sont tardifs, après un passé de lithiase plus ou moins net on voit survenir chez ces malades une intolérance gastrique parfois absolue et, malgré les antécédents hépatiques, on hésite à incriminer l'état des voies biliaires pour expliquer ces troubles digestifs. Ce sont ces formes qui ont parfois donné lieu à des erreurs de diagnostic en revêtant l'aspect d'une sténose du pylore ou du duodénum ; ce n'est qu'à l'intervention que la cholécystite calculeuse est reconnue, alors qu'on avait décidé, par exemple, de faire une gastro-entérostomie.

Ces troubles dyspeptiques ont été considérés par certains auteurs comme des troubles nerveux réflexes ou hystériques. Cette conception me paraît trop simple pour s'appliquer à la majorité des cas et les lésions constatées au niveau du tube digestif au cours d'opérations contredisent cette théorie.

Quelquefois on découvre à l'opération la cause de ces troubles dyspeptiques : la cause la plus fréquente des sténoses pyloriques ainsi constatées est la compression du pylore par la vésicule biliaire dilatée.

Quelquefois on trouve des vésicules remplies de calculs qui pressent sur le pylore et en déterminent l'occlusion. A cet obstacle purement mécanique et extrinsèque peut se joindre une cause de sténose intrinsèque : l'infection vésiculaire peut se propager au pylore et la paroi pylorique enflammée se sténoser.

Cette sténose pylorique par compression par un volumineux calcul biliaire pourrait guérir spontanément, le calcul finissant par ulcérer les parois de la vésicule et du pylore mises en contact et par tomber dans la cavité stomacale. Si le calcul peut être évacué par les voies naturelles, tout va bien. Mais souvent ce gros calcul s'arrêtera en un point de l'intestin et déterminera des phénomènes d'occlusion D'autre fois le passage du calcul de la vésicule dans la cavité pylorique peut entraîner la création d'une fistule vésiculo-gastrique qui, d'ailleurs, peut n'avoir aucun inconvénient.

On peut trouver encore dès adhérences consécutives à la péricholécystite créant des soudures du pylore ou de l'intestin. Ce peut être encore une lésion par propagation directe de l'infection. La vésicule infectée est mise en contact intime de l'intestin ; l'infection se propage de la paroi de la vésicule à la paroi intestinale. Ces deux organes peuvent rester accolés ensemble. Nous en avons vu un cas :

la vésicule pleine de calculs comprimait la deuxième portion du duodénum et y adhérait. Le malade avait été considéré comme porteur d'un ulcère duodénal et avait présenté des signes de sténose sous-pylorique et même du mélœna.

D'autres fois il se forme des voiles membraneux plus ou moins amples qui unissent la vésicule à la paroi d'une part et vont, d'autre part recouvrir le côlon ascendant et l'angle côlique droit. Ces lésions grossières suffisent à expliquer les symptômes relevés dans l'histoire des malades.

Il est des cas au contraire où on ne trouve ni adhérences, ni périvésiculite ; les troubles digestifs (douleurs, vomissements, constipation) disparaissent après la cholécystectomie : dans ce cas, on peut incriminer le rôle de l'infection biliaire (Cotte et Bressot).

D'après ces auteurs, l'infection biliaire agirait exceptionnellement sur le tractus digestif par écoulement de la bile septique. D'une façon générale, ce serait par l'intermédiaire de la circulation et de l'innervation qu'elle altérerait le fonctionnement gastro-intestinal.

Cotte et Bressot incriminent aussi la congestion hépatique entraînant une certaine stase dans le domaine de la veine porte.

D'autres fois l'infection agit sur les terminaisons du plexus solaire. L'irritation des filets moteurs et sensitifs produit alors les troubles les plus divers.

Quelles sont, dans ces conditions, les lésions qui ont été constatées : c'est le plus souvent de la dilatation de l'estomac, avec un certain degré d'atonie des parois ; on a aussi signalé l'atonie du duodénum et sa dilatation. Le gros intestin peut présenter une dilatation considérable.

Il y a là un point intéressant à considérer. On peut espérer qu'une fois la vésicule infectée enlevée et les voies biliaires

rendues aseptiques, la lésion gastro-intestinale guérira d'elle-même. Ceci est vrai pour les cas où l'infection vésiculaire ne remonte pas à trop longtemps. On voit très souvent, après la cholécystectomie faite dans de telles conditions, tous les troubles dyspeptiques disparaître. Mais quand il y a longtemps que les malades se plaignent d'une soi-disant maladie d'intestin ou d'estomac, que l'atonie gastro-intestinale est bien établie, il ne faut pas trop compter sur une réparation complète par simple cholécystectomie.

Et particulièrement dans les cas de dilatation de l'estomac ou du duodénum très marquée avec signes nets de lésion du côté de ces organes, il sera indiqué de faire une opération complémentaire telle qu'une gastro-entéro-anastomose.

Enfin, nous dirons un simple mot des accidents digestifs qui sont dûs à la lésion d'un organe éloigné. L'appendicite peut coexister avec la cholécystite. Aussi fera-t-on bien, quand on a le moindre doute, d'enlever l'appendice. Dans la grande majorité des cas, c'est chose facile que d'attirer le cœcum dans la partie inférieure de la plaie et d'enlever l'appendice iléocœcal. C'est une opération très simple à laquelle on ne peut pas reprocher de compliquer outre mesure l'acte opératoire.

LA CHOLÉCYSTECTOMIE DANS LA CHOLÉCYSTO-PANCRÉATITE

La pancréatite est une complication trop fréquente de la cholécystite calculeuse pour qu'on puisse se contenter de la signaler et un certain nombre de symptômes qu'on rattache à la lithiase biliaire semblent lui appartenir en propre.

Tous les auteurs admettent aujourd'hui la coexistence fréquente de pancréatite et des états infectieux des voies biliaires. Toute une série de travaux ont paru sur cette question, signalant les particularités de la pathogénie et des symptômes cliniques.

Nous rappellerons qu'elle peut se présenter suivant deux modalités toutes différentes. Tantôt les accidents suraigus éclatent d'emblée avec une gravité formidable. Ce sont les accidents de pancréatite hémorragique, suppurée, ou gangréneuse qui commandent une intervention d'urgence. Dans ces cas la cholécystectomie ne peut être considérée que comme une opération complémentaire souvent nécessaire, ainsi que M^lle^ Maugeret l'a expliqué dans sa thèse. Mais en présence de la gravité des accidents qui se produisent, avec un malade des plus gravement atteints, il ne semble pas qu'on ait tenté d'opération radicale d'emblée. Je laisserai

donc volontairement de côté l'étude de ces accidents aigus, quel que soit l'intérêt que présente leur étude détaillée.

Les signes de pancréatite chronique au contraire seront énumérés. Car la constatation de l'un d'eux jointe à l'existence des signes de lithiase, réalisant ainsi le tableau de ce que M. Thiroloix appelle la cholécysto-pancréatite, commande formellement une intervention chirurgicale.

Anatomiquement, la pancréatite chronique se présente sous des formes un peu différentes.

Chabrol insiste sur ce fait que, dans la lithiase biliaire, la sclérose du pancréas prédomine quelquefois au niveau de la tête du pancréas. Riedel, dans ses premières observations, a montré ce caractère qui serait perceptible cliniquement.

A un premier stade, le pancréas présenterait un aspect bosselé irrégulier comparable à celui d'un sac de billes. Sa forme serait modifiée par le travail de sclérose, mais décèle aussi l'hyperplasie compensatrice des lobules adjacents relativement indemnes.

A un stade plus avancé, le pancréas s'atrophie et la sclérose étrangle tous les lobules. Il ne subsiste qu'un simple cordon sillonné de bosselures inégales et très dures.

Je n'insisterai pas sur l'histologie pathologique de ces pancréatites que Chabrol a étudiée dans sa thèse (Paris 1910). Il a montré que le tissu conjonctif se développe souvent autour de gros vaisseaux artériels ou veineux, mais qu'il suit aussi quelquefois les capillaires pour pénétrer dans l'intervalle des acini : c'est une sclérose à type intralobulaire et périacineuse. Mais souvent il y a association des deux types de sclérose inter et intralobulaire. Il y aurait prédominance des lésions autour des canaux excréteurs.

Qu'elle soit jeune ou adulte, cette sclérose s'accompagne toujours de congestion vasculaire : les éléments capillaires sont distendus par les globules rouges.

Autour des îlots de Langerhons, il y aurait souvent une infiltration de cellules jeunes avec pénétration des travées de sclérose à l'intérieur de ces îlots.

L'existence de ces lésions, d'origine infectieuse, a été expliquée de diverses manières et les anatomo-pathologistes reconnaissent quatre grandes voies d'accès des agents infectieux au pancréas : la voie sanguine, la voie intestinale, l'infection de proche en proche et enfin l'infection par voie lymphatique théorie défendue, en ces dernières années, par M. Thiroloix et par Arnsperger, en Allemagne.

Il me suffira de signaler ces diverses théories. L'étude des symptômes de la pancréatite au cours de la lithiase est plus intéressante pour le chirurgien.

Rien n'est souvent plus malaisé que de poser d'une façon ferme le diagnostic de pancréatite chronique. Cependant cette complication de la cholécystiste calculeuse est fréquente et il faut y songer dès qu'un symptôme n'est plus expliqué seulement par l'existence de la cholélithiase simple. Dans le cas de pancréatite aiguë, hémorragie suppurée ou gangréneuse, c'est une question d'appréciation rapide, et souvent le diagnostic n'est posé que lorsque la laparotomie est faite.

Au contraire, dans la pancréatite chronique, on a tout le temps d'examiner son malade et de réunir les divers éléments qui permettront d'établir le diagnostic de pancréatite. Point capital, pensons-nous, l'existence d'une pancréatite chronique commanderait d'une façon absolue l'intervention chirurgicale dans la lithiase biliaire.

Les signes physiques sont inconstants, d'autant que la

lésions souvent grossières de la vésicule gênent l'exploration et accaparent l'attention.

Il est rare, sauf dans le cas de kyste volumineux, de constater une modification de la paroi abdominale ; on a signalé un peu de tuméfaction de la région périombilicale. Michel (1) signale ce fait que la tuméfaction pancréatique s'étendrait souvent à gauche de la ligne médiane. A droite elle ne dépasserait pas la ligne passant par la dixième articulation chondro-sternale. Mais, à ce niveau, comment reconnaître dans cette tuméfaction, ce qui est de la cholécystite ou de la péricholécystite et ce qui est de la pancréatite.

Chez des individus maigres, à parois facilement dépressibles, on aurait pu palper le pancréas hypertrophié et augmenté de volume (Ancelet, Simpson, Eichhorst) se présentant sous la forme d'une masse plus ou moins irrégulière, du volume du poing. Les rapports de cette tuméfaction avec l'estomac et le gros intestin permettraient de la rattacher au pancréas d'une façon sûre : en avant de toute tumeur pancréatique on trouve l'estomac et le gros intestin. Au début, cette tuméfaction, recouverte par l'estomac et le gros intestin, sera sonore ou submate à la percussion. A mesure qu'elle grossit, elle se porte en avant et refoule l'estomac en haut et le colon en bas, d'où l'aphorisme de Körte. « Lorsqu'on a établi que la tuméfaction siège entre le colon et l'estomac, on peut la rapporter au pancréas. »

Enfin, ces tuméfactions pancréatiques ont souvent le contact lombaire et il faudra toujours rechercher soigneusement le ballottement lombaire (Hartmann). D'autre part, elles sont caractérisées aussi par un très léger mouvement

(1) Michel. *Archives provinciales de Chirurgie*, août 1911.

de déplacement dans les inspirations profondes. Cette tuméfaction pourrait présenter des battements appréciables à la main. Ces battements seraient dûs à l'augmentation de consistance et de volume de la glande et surtout à l'augmentation de la tension du parenchyme avec perte de l'élasticité normale (*Al. gr. Radzievsky Roussky, Vratch, août* 1911).

Le pancréas peut manifester ses altérations par une série de phénomènes nerveux dont l'importance est considérable, en raison de sa richesse en ganglions nerveux et de sa proximité avec le plexus sympathique.

Dans les cas aigus, on observe une douleur d'une intensité exceptionnelle, constituant une grosse partie du drame pancréatique de Dieulafoy. Dans les pancréatites chroniques la douleur revêtirait un type spécial : la névralgie cœliaque de Friedreich, pouvant s'irradier à la région précordiale ressemblant à l'angine de poitrine tant en intensité qu'au point de vue des effets sur la circulation.

Pour Desjardins, la localisation précise de cette douleur en une zone correspondant au point d'abouchement du canal de Wirsung dans le duodénum et se projetant à cinq ou six centimètres à gauche et en haut de l'ombilic, serait un bon symptôme clinique en faveur de la pancréatite. Chauffard et Rivet délimitent toute une petite région pancréatico-cholédocienne correspondant à la tête du pancréas. Mais il ne faut abuser de ces localisations précises, surtout dans le cas de pancréatite. Il ne s'agit pas d'une affection isolée : et comment affirmer que la vésicule épaissie, adhérente, n'est pour rien dans la douleur ressentie ?

Sur trente-six cas, Deaver a observé la localisation de la douleur dix-sept fois à l'épigastre, quinze fois au-dessous du rebord costal droit, une fois au-dessous du rebord costal

gauche, deux fois dans la région lombaire, une fois une douleur générale sans localisation.

Ces phénomènes douloureux peuvent s'accompagner d'irradiation vers les rebords costaux, vers l'épaule droite. D'après Deaver, l'apparence de la douleur ne présenterait aucune relation avec les repas ni avec la nature de l'alimentation. Les vomissements seraient plus fréquents que dans la cholécystite calculeuse simple. Deaver les a observés vingt-et-une fois sur quinze malades. Mais comment rattacher ces vomissements soit à la pancréatite, soit à la lithiase biliaire ?

Ainsi donc, les signes physiques fournis par l'examen, le palper, la localisation de la douleur et même ses caractères un peu spéciaux ne sont pas suffisants à caractériser la pancréatite. Devant une tuméfaction de la région pancréatico-biliaire on ne sait pas si elle est due au pancréas seul hyperplasié ou s'il ne s'agit pas d'un amas d'organe agglutiné par la péricholécystite. C'est l'étude du fonctionnement de la glande et la constatation de la perturbation de sa physiologie qui permettra d'arriver au diagnostic positif de pancréatite.

Mais chacune des fonctions du pancréas est doublée ou suppléée par celle d'un autre organe. Ceci explique que souvent la lésion de pancréatite peut n'entraîner qu'un minimum de troubles tant que la suppléance est suffisante. D'autre part la multiplicité des méthodes destinées à mettre en lumière les lésions pancréatiques ne prouve pas leur valeur absolue.

L'ictère paraît être un des signes les plus constant de la pancréatite chronique et il faut se demander si l'ictère chronique que l'on note dans certaines cholécystites chroniques sans oblitération calculeuse du cholédoque ne serait

pas dû à la compression du cholédoque par un pancréas enflammé.

Pour MM. Quénu et Duval, l'ictère dû à la pancrétatite serait moins prononcé et sujet à des variations plus grandes que l'ictère par obstruction calculeuse.

Kehr attribue ces diversités d'aspect à un calcul de la partie supérieure du cholédoque. Cette variation dans l'intensité ne suffit pas à caractériser la pancréatite, d'autant que dans quelques observations j'ai relevé des faits de pancréatite se compliquant de cholécystites calculeuses et où l'ictère s'est maintenu avec les mêmes caractères pendant toute l'évolution de la maladie, progressant régulièrement et s'aggravant comme il est classique de le dire pour les cancers, de la tête du pancréas. L'observation de M. Duret est à ce propos des plus instructives :

(*in Journal des Sciences médicales de Lille*, 1908).

OBSERVATION

*M*me *L. Pl. de B., 35 ans.*

Malade sujette depuis 7 à 8 ans à des coliques hépatiques, chez qui en décembre 1906 sont apparus des troubles digestifs assez intenses, anorexie, pesanteur d'estomac, renvois, vomissements alimentaires, bilieux.

En Février 1907 apparition d'un ictère donnant rapidement aux téguments une teinte jaune brune très foncée ; la constipation est opiniâtre ; il y a de la décoloration complète des matières fécales. Dans les urines on note la présence de quantités considérables de pigments biliaires. La malade éprouve des démangeaisons continuelles. Elle a de la xanthopsie. La faiblesse est extrême. La malade en 7 mois maigrit de 25 kilogs, jusqu'en juin 1907, époque où l'on opéra la malade, l'ictère ne s'est pas modifié.

L'opération fit découvrir l'existence d'une masse volumineuse, occupant toute la tête du pancréas. La vésicule biliaire était remplie de bile brune épaisse et renfermait 6 calculs, brunâtres polyedriques gros comme une noisette.

On fit une cholécystostomie simple avec résection partielle de la vésicule.

La guérison de toutes les manifestations morbides s'obtint en 3 mois écartant ainsi définitivement le diagnostic de cancer de la tête du pancréas, auquel on avait songé.

La fistule résultant de la cholécystostomie mit une année à se fermer.

Donc l'ictère constitue un signe de probabilité en faveur de la pancréatite, rien de plus, et il n'a alors aucun caractère pathognomonique.

L'amaigrissement rapide et continu tel qu'il est signalé dans l'observation ci-dessus constituerait, quand il se joint à l'ictère progressif, un bon signe en faveur de la pancréatite sclérosante. Il est toujours alors considérable : 8 kilos en un mois (Terrier) ; 12 kilos en trois mois (Moynihan) et même des pertes de poids plus rapides, 19, 25, 50 kilos (Mayo Robson).

L'amaigrissement dû au cancer ne serait pas aussi rapide. C'est là un indice peu précis pour reconnaître l'affection en cours.

On a noté comme signe important de pancréatite une anémie qui serait soi-disant caractéristique ; les globules rouges sont toujours diminués, pâles, présentant de nombreuses dégénérescences ; le taux de l'hémoglobine est toujours inférieur au taux normal. (Walko).

Mais cette anémie, est-elle causée seulement par la pancréatite ou est-elle en relation avec l'état général du malade. La question est difficile à résoudre. Quant à la loi de Courvoisier Terrier, nous l'avons déjà dit, elle ne sera pas d'un grand secours pour apprécier le degré de pancréatite et on en sera bien souvent amené à faire, en présence d'un ictère chronique, le calcul de probabilités que Kehr fit avant une opération qui eut quelque retentissement et dans laquelle

il avait donné la proportion de 70 % pour le cancer, de 10 % pour le calcul et de 20 % pour la pancréatite chronique.

En somme, l'examen chronique du malade ne permet que de soupçonner la pancréatite. Si on veut affirmer la pancréatite avant d'opérer, on s'adressera aux recherches de laboratoire dont la valeur n'est pas absolue, et malgré elles le diagnostic reste bien incertain.

Nous n'exposerons, même pas rapidement, les procédés très nombreux et très divers proposés pour explorer le pancréas. Quelques-uns sont applicables aux animaux de laboratoire, tel celui de Boas qui essaie par un massage forcé de faire refluer le contenu du duodenum dans l'estomac, pour l'extraire ensuite par le tube de lavage, « mais qui n'a guère été suivi jusqu'ici ». De même le procédé de Max Einborn, qui fait pénétrer un godet dans le duodénum et le retire, rempli de liquide duodénal, après s'être assuré par la radiocospie que le godet est bien dans le duodénum, me semble manquer de précision : le godet ramènera autre chose que du suc pancréatique — et je me demande comment le duodénum d'un tel malade supportera une semblable exploration.

L'examen des matières fécales et l'examen des urines fournirait les indications plus précises. On peut les faire d'une manière courante. Nous allons exposer leur principe :

L'examen des matières fécales montre l'utilisation incomplète des graisses, des albuminoïdes et des amylacées après ingestion d'un repas d'épreuve.

Utilisation imparfaite des graisses. — D'après R. Gaultier, le pourcentage des graisses excrétées, qui est de 35 à 40 % dans les troubles de l'excrétion biliaire, monte à 70 ou 80 % dans les altérations exclusives du pancréas, pour atteindre

90 % ou plus lorsque la sécrétion des deux organes est troublée. Brugsch aboutit à des conclusions semblables. Les chiffres sont moins élevés. Mais leur rapport reste le même.

Utilisation imparfaite des albuminoïdes. — Les recherches des albuminoïdes effectuées après un repas d'épreuve fait avec de la viande hachée, montrent la présence dans les fèces de fibres musculaires en quantité appréciables.

Le procédé de Schmidt consiste à faire avaler au malade de petits cubes de viande enfermés dans des sachets de gaze. On recherche au microscope si les débris possèdent encore leurs noyaux : le suc pancréatique ayant seul le pouvoir de digérer la substance nucléaire, l'absence de noyaux indiquerait donc une sécrétion normale et leur présence l'insuffisance pancréatique.

Utilisation imparfaite des amylacées. — Cette recherche ne donne aucun résultat précis.

C'est surtout à la recherche de l'utilisation imparfaite des graisses qu'on s'est attaché. Mais il ne faut pas oublier qu'on a reproché à cette méthode de manquer de précision dans ses procédés d'analyse (Richaud). D'autre part, la stéatolyse n'est pas seulement le fait du pancréas (action des lipases gartrique et intestinale). Enfin, les expériences de Rosenberg tendraient à prouver qu'il n'y a trouble considérable dans l'absorption des graisses que dans les cas de sclérose à peu près complète du pancréas.

On a également recherché dans les matières fécales l'existence de produits de la digestion pancréatique, et on a fait le dosage de l'amylase et de la lipase secrétées. Mais on a reproché à ces recherches de manquer de précision dans les procédés de dosage. Reste l'examen des urines.

La réaction de Sahli, pour laquelle on emploie des capsules en formaldéhyde, résistant au suc gastrique mais solubles dans le suc pancréatique, renferment une substance douée d'une grande rapidité d'absorption qu'on retrouverait dans l'urine. M. Richaud nie toute espèce de valeur à cette recherche.

La réaction de Cammidge a été employée par nombre de chirurgiens, dont certains lui attribuent une grande valeur. Mayo Robson, Moynihan et plus tard Kehr avaient basé sur cette seule réaction trouvée positive leur diagnostic de pancréatite.

Dans la lithiase vésiculaire, Kehr trouve que la pancréatite est plus rare que dans la lithiase de la voie principale : elle existe cependant dans 14 % des cas de cholécystite calculeuse, en utilisant la réaction de Cammidge pour déceler la pancréatite.

Je n'exposerai pas la technique de la réaction de Cammidge. Elle est très compliquée, très délicate et nécessite une grande habitude des manipulations chimiques.

Kehr lui accorde une grande confiance. En mars et avril 1909, il a fait exécuter trente-deux fois la recherche de cette réaction chez les lithiasiques avérés. La réaction a été positive vingt-cinq fois, négative sept fois. Parmi les sept cas à réaction négative, quatre ont été opérés et au cours de ces quatre opérations, Kehr a constaté l'intégrité absolue du pancréas.

Sur les vingt-cinq cas où la réaction était positive, dix-huit ont été opérés. Une seule fois la réaction s'est montrée erronée, et encore, au lieu de la pancréatite on a trouvé un cancer du cholédoque, et du pancréas.

Au total, dans cette série, le signe de Cammidge n'a été

infidèle qu'une fois sur vingt-neuf. Dans un cas de pancréatite aiguë observée ultérieurement, cette épreuve fut négative avant et après l'opération. Cela a poussé Kehr à admettre que l'épreuve de Cammidge n'avait de valeur que dans les cas de pancréatite chronique.

Schmidt, de Wurtzbourg, après une série de treize expériences, arrive à des conclusions moins absolues. Une récation positive ne permet pas pour lui de conclure d'une façon absolue à l'existence de la pancréatite, d'autres affections pouvant provoquer l'apparition de cette réaction dans les urines. C'est tout au plus un signe de probabilité ; de même Kinnicut ne lui accorde qu'une confiance mitigée.

Au contraire, Goodmann, de Philadelphie, voit en elle, après une série de soixante-deux observations, un sûr moyen de diagnostic. C'est aussi l'opinion de Mayo Robson.

Grimbert et Bernier ont étudié la valeur de cette réaction et ont apporté, en juin 1909, les résultats de leurs expériences à la Société de Biologie. Pour eux, le corps qui est caractéristique de la lésion du pancréas, d'après Cammidge, se retrouve dans toutes les urines normalement, et ne saurait avoir une signification clinique. Cette substance devrait être comptée au nombre des éléments de l'urine normale. Les contradictions que l'on relève chez les auteurs qui se sont occupés de cette question relèveraient de faute de technique dans la méthode employée. Ajoutons que Deaver se montre sceptique à l'égard de la valeur de la réaction de Cammidge.

La glycosurie, par contre, serait en faveur de l'existence d'une lésion pancréatique. Guleke, de Strasbourg, au XII^e^ Congrès allemand de chirurgie à Berlin, avril 1912, la regarde comme un des meilleurs éléments de diagnostic de pancréatite.

Ainsi donc, il apparaît que le diagnostic de pancréatite ne peut guère être posée d'une façon absolue au cours de la lithiase biliaire. Tout un ensemble de faits doivent y faire penser et jamais on ne doit négliger une exploration de la tête du pancréas au cours de l'opération sur les voies biliaires.

L'existence d'une pancréatite complique le pronostic opératoire, et il semble qu'elle soit de nature à commander une opération plus complexe que la cholécystectomie simple et qu'en particulier le drainage du cholédoque et de l'épatique soit alors nécessaire : telle est l'opinion de Kehr, qui me semble absolument justifiée.

Kehr, en 1909, rapporte dix-sept observations de pancréatite chronique par cholécystite calculeuse. Il a pratiqué dans ces cas neuf cholécystectomies (huit guérisons, un mort), quatre cholécystectomie avec drainage en T du cholédoque et de l'hépatique (quatre guérisons), deux cholécystostomies (deux guérisons), une cholécystostomie avec cholédocotomie et drainage de l'hépatique (un mort), une cholécysto-gastrostomie avec une guérison.

D'autre part, trois cholécystectomies simples pratiquées dans des cas de pancréatite avec lithiase du cholédoque et angiocholite lui auraient donné trois guérisons.

Au cours de cholécystectomies, dont les observations sont rapportées à la fin de ce travail, on a trouvé quatre fois des lésions de pancréatite. Les voies biliaires principales étant parfaitement libres on s'est contenté de faire une cholécystectomie. Les quatre malades ont parfaitement guéri.

MÉTHODE OPÉRATOIRE

La chirurgie des voies biliaires s'est modifiée complètement depuis quelques années. On a cherché de tous côtés à améliorer les conditions dans lesquelles on plaçait le malade avant et pendant l'opération. Il ne faut pas oublier que malgré tout, cette chirurgie est grave, que les opérations de cholécystectomie se font chez des individus malades depuis longtemps pour la plupart, dont le foie a été plus ou moins touché. Aussi, comprend-on facilement le soin tout particulier qu'il faut apporter à relever l'état général de ces malades et à les placer dans les meilleures conditions pour qu'ils guérissent.

Soins préparatoires

Une analyse d'urines complète sera faite. Le taux d'élimination de l'urée et des chlorures devra être suffisant. Un traitement approprié, le repos au lit, des injections de sérum salé peuvent remonter en quelques jours un organisme débilité. C'est ainsi que des malades dont les éliminations semblaient insuffisantes au premier abord ont été considérablement améliorées en quelques jours et mis en état de supporter une opération sérieuse.

Dans les trois jours qui précèdent l'opération, M. Gosset

fait pratiquer des injections de sérum salé, soit 3 à 300 grammes en injections sous-cutanées, ou 500 grammes en injections intrarectales. Dans les cas où le malade semble avoir un cœur un peu défaillant, on fait deux injections de deux centimètres cubes d'huile camphrée dans les deux jours qui précèdent. Enfin, nous avons fait quelquefois préalablement à l'intervention, des injections de sulfate de strychnine (de 6 à 10 milligrammes en vingt-quatre heures).

Ce n'est que dans les cas d'urgence qu'on a le droit de passer outre à ces indications fournies par l'examen de l'état général et des échanges urinaires. Et il est bien évident qu'en face d'une vésicule biliaire pleine de calculs, infectée, prête à entraîner toutes sortes de complications septiques, on interviendra quand bien même l'élimination d'azote et de chlorures serait insuffisante.

Il est également nécessaire d'examiner le sang de ces malades avant de les opérer. Chimiquement, l'examen renseignera sur la teneur en urée du sérum et partant sur la la valeur fonctionnelle du foie et du rein. D'autre part, il serait bon de faire l'examen méthodique de la coagubilité du sang de ces malades. Les ictériques sont sujets aux hémorragies. Les suintements en nappe sont fréquents au cours des cholécystectomies et nécessitent souvent un tamponnement soigné de la loge vésiculaire. De cet état hémorragique, on a voulu voir la cause dans les troubles du fonctionnement du pancréas (Michel). On a également incriminé un état spécial du sang. Sans doute, ces malades ont une tendance, comme tous les ictériques, à saigner au cours de l'opération et après. Certains chirurgiens ont même préconisé l'emploi d'injections de substances destinées à augmenter la coagubilité du sang. M. Gosset recommandait, en 1908, l'ingestion

de deux à trois grammes de chlorure de calcium par vingt-quatre heures, pendant deux à trois jours, chez les malades ictériques, pour diminuer les chances d'hémorragie. Depuis, il a renoncé à l'emploi de cette substance qui ne lui semble pas très utile. M. le professeur Lejars ne recourt pas non plus à ces moyens de prévenir les hémorragies.

Les soins préparatoires seront les mêmes que pour toute grande intervention. Le malade sera baigné, rasé, savonné, nettoyé, et la région de l'hypochondre et de l'épigastre recouverte d'un large pansement sec. Le malade aura été purgé la veille ou l'avant-veille de l'intervention.

L'Anesthésie

Une question qui semble résolue aujourd'hui a été soulevée il y a quelques années. Comment endormir ces malades ? D'une part, la complexité des manœuvres que va nécessiter l'intervention demande un sommeil calme, sans grands mouvements respiratoires. L'anesthésie profonde au chloroforme réalise parfaitement ce sommeil. Mais, d'autre part, les anatomo-pathologistes ont depuis longtemps signalé l'action éminemment toxique du chloroforme vis-à-vis du foie et les observations sont nombreuses d'ictères grave post chloroformique. Le foie des lithiasiques est particulièrement sensible à cette intoxication, du fait du degré toujours plus ou moins marqué de congestion et d'infection qu'il présente.

D'autre part, M. Quénu a apporté à la Société de Chirurgie en 1910, des observations assez nombreuses montrant le danger de la chloroformisation chez les ictériques et d'une façon plus générale chez les malades dont le foie était déjà touché. M. Gosset, frappé par ces inconvénients de l'anesthésie par le chloroforme préconisait formellement, dans le *Journal*

de Chirurgie, de décembre 1908), l'emploi de l'éther comme anesthésique. On peut lui reprocher d'occasionner de grands mouvements inspiratoires, qui parfois communiquent quelques mouvements de léger va-et-vient au champ opératoire. Depuis quelques mois, ce léger inconvénient est lui-même supprimé. L'injection sous-cutanée de deux centimètres cubes de *pantopon* une demi-heure avant l'opération procure au malade anesthésié à l'éther un sommeil aussi calme, aussi tranquille que le sommeil chloroformique. Je ferai en outre remarquer que la manière de donner l'anesthésique n'est pas indifférente au sommeil du malade.

M. Lejars reste fidèle au mélange de Billroth (chloroforme 100 grammes, alcool 30 grammes, éther 30 grammes).

Quant à l'anesthésie locale, à la novocaïne, elle doit être réservée aux cas où il s'agit de malades extrêmement cachectiques. Elle ne rendra, d'une façon générale, de service que pour inciser une collection dans les péricholécystites ; peut-être pourra-t-on, avec elle, faire une cholécystostomie. Il semble difficile de faire à l'anesthésie locale une cholécystectomie. Cependant, Chaput a pu faire à la stovaïne une cholécystectomie à l'aide de la stovaïne chez une malade âgée de 70 ans, maigre, pâle et cachectique. L'anesthésie a été bonne. La malade a parfaitement supporté tous les actes opératoires. (*Société de Chirurgie*, 16 *décembre* 1908). Il ne faudrait pas cependant vouloir généraliser cette méthode et il semble que ce soit là un cas heureux mais isolé.

Position à donner au malade

La position à donner au malade est très importante, si l'on veut opérer convenablement. Un coussin ou un billot de hauteur convenable, placé sous le dos du malade au niveau de la région dorso-lombaire permet d'obtenir une position

cambrée qui va faciliter l'accès des voies biliaires et surtout du col de la vésicule.

Des appareils spéciaux ont été construits, excellents sans doute ; mais cette cambrure est facilement obtenue par l'emploi du plus simple des billots : une alèze roulée. Le tout est de le poser convenablement et en bonne place. Il doit avoir quarante-cinq centimètres de longueur, quinze centimètres de largeur, neuf centimètres de hauteur ; il doit être remonté jusqu'à la pointe des omoplates. C'est ainsi qu'une fois la paroi incisée et convenablement écartée, le foie expose sa face inférieure avec les organes du hile, et les intestins glissent vers la partie inférieure de l'abdomen.

Les Incisions

On a proposé, pour pratiquer la cholecystectomie, un certain nombre d'incisions. L'incision verticale médiane ne donne pas un jour suffisant sur la région vésiculaire. Et il est souvent malaisé de pratiquer la cholécystectomie quand on a ouvert le malade sur la ligne médiane croyant avoir à faire une opération sur l'estomac, par exemple. Dans ce cas, il est nécessaire de brancher sur cette incision verticale, en bonne place, c'est-à-dire à trois centimètres au-dessus de l'ombilic, une petite incision transversale du muscle grand droit. La réparation en est facile. Ce débridement ne sectionne pas de fils nerveux et le jour qu'il procure est considérable.

L'incision verticale sur le bord externe du droit ne donne pas suffisamment de jour. Elle peut suffire pour faire une cholécystostomie. Elle est insuffisante pour permettre l'exposition nette de la région vésiculaire et elle est très mal commode si l'on veut faire l'exploration du cholédoque, et voir ce qui se passe au niveau du pédicule hépatique, con-

dition essentielle pour réaliser une bonne cholécystectomie.

L'incision de Mayo Robson est trans-musculaire ; elle est verticale au milieu du muscle grand droit. Celle de Riedel n'est qu'une variante, elle passe par l'incision du tiers externe et du tiers moyen du grand droit. A toutes ces incisions on peut reprocher de donner peu de jour et de sectionner un grand nombre de nerfs.

L'incision de Kehr a longtemps réuni les suffrages de la majorité des chirurgiens. C'est l'incision ondulée ou en baïonnette. Elle part en haut de l'appendice xiphoïde, descend verticalement sur la ligne médiane jusqu'à mi-chemin de l'ombilic. Là, elle change de direction : se porte en bas en dehors à travers le grand droit, jusqu'au tiers externe du muscle sur lequel elle n'empiète pas. L'incision descend alors verticalement dans le muscle grand droit, à l'union du tiers externe et des deux tiers internes jusqu'au niveau de l'ombilic. Le muscle sectionné, le péritoine et le fascia profond sont repérés avec des pinces et incisés de haut en bas et de bas en haut, en partant de la partie moyenne de l'incision.

Cette incision donne un très grand jour sur le foie et sur les voies biliaires. Mais cette incision a un gros défaut. Elle coupe dans les deux sens les filets nerveux destinés au muscle grand droit et favorise ainsi les éventrations ultérieures auxquelles prédispose aussi le drainage qu'il est nécessaire d'établir après les cholécystectomies.

Or, c'est surtout la troisième portion verticale trans-musculaire de l'incision qui supprime les filets nerveux : Kehr s'étant rendu compte que cette portion basse de l'incision n'est pas utile, la supprime depuis la fin de 1911.

L'incision qu'il trace est une incision angulaire, avec une branche médiane, sus ombilicale, s'arrêtant à trois travers de doigt de l'ombilic et une portion horizontale sectionnant le muscle grand droit. Kehr tient beaucoup à cette portion verticale de l'incision que Sprengel a justement supprimé.

L'incision de Sprengel est une incision transversale, coupant en travers le muscle grand droit du côté droit et mordant même sur le bord interne du grand droit du côté gauche. En dehors, un petit crochet assez court dissocie les fibres du muscle grand oblique.

Sprengel pratique cette incision à deux hauteurs différentes. L'incision haute sectionne le muscle dans la région épigastrique entre la première et la deuxième intersection aponévrotiques. Excellente pour aborder le pylore, cette incision est trop haute pour aborder le vésicule et surtout le cystique. M. Gosset emploie toujours actuellement l'incision basse de Sprengel, siégeant à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic entre les deuxième et troisième intersections aponévrotiques. L'incision, pour être commodément tracée, doit partir du bord externe du muscle grand droit. Jusqu'à la ligne médiane, on tranche les plans superficiels et l'aponévrose antérieure du muscle droit. Puis, on coupe en travers les fibres du grand droit. On fait l'hémostase de la branche musculaire en plaçant une pince de Kocher et en pinçant, si besoin est, l'artère épigastrique. Puis, les lèvres musculaires étant rétractées, le fascia profond et le péritoine sont soulevés avec des pinces et incisés. La région vésiculaire peut alors être explorée commodément. Le petit crochet externe augmentera le champ opératoire quand cela sera nécessaire. Il est entièrement bien disposé pour laisser passer à la fin de l'opération le drainage. Chez les individus

gras, on peut empiéter sans crainte sur le muscle droit du côté opposé. Cette large incision donne alors un jour considérable.

A cette incision de Sprengel, on a reproché d'être très longue à tracer (Kehr). Je ne vois pas comment on peut faire pour y employer de quinze à vingt minutes. On lui a reproché de permettre à l'estomac et au côlon de faire saillie dans la plaie : rien n'est plus simple que de les caler dans la cavité abdominale avec de grandes compresses de gaze, qui auront en outre l'avantage de réaliser une protection efficace de la cavité contre l'infection.

On lui a reproché d'être très difficile à suturer. Je n'ai jamais vu M. Gosset y éprouver le moindre embarras. J'ai répété moi-même ces opérations sur le cadavre une dizaine de fois et la suture de cette incision ne m'a jamais semblé difficile, — à condition toutefois d'enlever le billot lombaire mis en place au début de l'opération.

Kausch, de Schöneberg, désireux d'épargner les branches des nerfs intercostaux qui abordent obliquement le grand droit par son bord externe, conseille une incision oblique de haut en bas et de dehors en dedans, qui commence au rebord costal et finit sur la ligne médiane près de l'ombilic. Kausch conseille même, si le jour ainsi obtenu n'est pas suffisant, de faire une incision symétrique sur le grand droit du côté gauche. Relevant en haut le lambeau ainsi limité, on obtiendrait un jour considérable sur la région. Depuis qu'il l'emploie, Kausch n'aurait plus eu d'éventration.

Desjardins, à la Société de Chirurgie de Paris, en 1912, a préconisé une incision en 7 de chiffre .

Technique employée

La cholécystectomie peut être pratiquée du fond de la vésicule vers le col de celle-ci, — ou elle peut être faite du col vers le fond. — C'est la cholécystectomie d'arrière en avant, dénomination employée par Moynihan et reprise par MM. Gosset et Desmarest. J'exposerai dans leurs grandes lignes la technique de chacune de ces deux opérations telles que je les ai vues employées par M. Lejars et par M. Gosset.

Cholécystectomie du fond vers le col. — L'incision une fois faite, il s'agit d'exposer la face inférieure du foie aussi nettement que possible. Ceci s'obtient quand on s'est donné un jour suffisant en se servant d'écarteurs mis convenablement en place et qui écartent les lèvres de l'incision abdominale. On commence par libérer lentement les adhérences qui unissent la vésicule aux organes voisins. On refoule l'intestin en bas, l'estomac à gauche et en haut. De grandes compresses de gaz isolent soigneusement le champ opératoire du reste de la cavité abdominale. Ceci fait, on repère la face inférieure de la vésicule biliaire et le fond de celle-ci. La chose est simple quand il s'agit d'une grosse vésicule libre, débordant le foie. C'est quelquefois un peu compliqué quand il s'agit d'une cholécystite ancienne avec rétraction des parois de la vésicule.

Une fois la vésicule bien exposée, si elle est très tendue par son contenu, il est prudent de la ponctionner avec un petit trocart et d'évacuer aussi complètement que possible la bile plus ou moins infectée qui y est contenue, et le plus grand nombre possible de calculs. Mais si cela est possible, on cherchera à l'enlever sans ouverture préalable.

Ceci fait, on tend le fond de la vésicule et on en commence

la libération en incisant le péritoine vésiculaire au niveau du point où il se réfléchit de la vésicule sur la face inférieure du foie. Puis, on sépare la face supérieure de la vésicule du parenchyme hépatique. Cette libération est quelquefois malaisée. Des tractus celluleux solides unissent normalement la vésicule au foie. En cas de cholécystite ancienne, ces adhérences sont souvent très solides et il peut être difficile de séparer la vésicule de son lit hépatique. Il faut sectionner aux ciseaux ou au bistouri les tractus qui les unissent. Si ces adhérences sont très serrées, on pénètrera forcément en quelqu'endroit dans le parenchyme hépatique. Il s'ensuit une petite hémorragie qu'un tamponnement laissé en place suffira à arrêter, quelquefois un suintement biliaire. Avançant ainsi prudemment et petit à petit, on arrive à libérer complètement le corps de la vésicule. Les adhérences cessent un peu avant l'origine du col. Une fois qu'elles sont détruites, il suffit de tirer sur la vésicule : le corps et le col se libérent, le canal cystique se tend. Il ne reste plus qu'à sectionner le canal cystique au ras du cholédoque après avoir placé une pince sur le cystique. Marion conseille de disséquer sur la face inférieure du col et du cystique un petit lambeau de péritoine qu'on rabattra sur le moignon. En pratique, cette manœuvre est souvent malaisée et on peut s'en dispenser.

Le plus souvent, la pince qui étreint le canal cystique tient l'artère cystique. La même ligature enserre le canal et le pédicule vésiculaire. Cette manière de faire est suffisante, mais, autant qu'on pourra le faire, il est préférable de jeter un fil sur le cystique et un fil sur le pédicule vasculaire dont l'hémostase est ainsi faite isolément.

La vésicule enlevée, quelques points au catgut appliquent ce qui peut être ramené de péritoine au devant du lit de la vésicule. On fait ainsi une péritonisation de la surface

cruentée. Mais il est rare, dans les anciennes cholécystites, qu'on puisse faire une péritonisation complète.

On laisse un drain au contact du moignon du cystique, une ou deux mèches au contact du lit de la vésicule. On referme la paroi en suturant en un premier plan le péritoine et l'aponévrose postérieure, les muscles en un deuxième plan, et la peau séparément. M. Lejars fait la suture du péritoine et des muscles avec un surjet de catgut. M. Gosset emploie la soie fine en points séparés.

Dans les cas où la vésicule est entourée d'adhérences très épaisses, il est difficile de l'isoler complètement. C'est dans ces cas qu'on pourra employer la technique de l'ouverture de la vésicule avec section de proche en proche de sa face inférieure et du canal cystique. Ce procédé est particulièrement applicable dans les cas où la vésicule a été couverte au cours d'une cholécystostomie antérieure. Il est commode, dans les cas où la vésicule est très atrophiée et permet d'arriver à l'extrémité du cystique pour y découvrir un calcul enclavé. On peut lui adresser le gros reproche d'ouvrir une cavité septique et de risquer ainsi de contaminer le champ opératoire.

Delagenière le décrit ainsi : « Lorsque la vésicule est sectionnée, on incise son fond, puis de haut en bas en suivant sa face inférieure on poursuit l'incision de proche en proche vers le col de la vésicule, le cystique et le carrefour hépato cholédocien. On incise ainsi la vésicule comme on inciserait l'utérus sur la ligne médiane dans l'hystérectomie vaginale. (Congrès de Chirurgie. Paris 1908). »

La cholécystectomie d'arrière en avant. — Préconisée par W. Mayo, Moynihan et Riedel, la cholécystectomie rétrograde a comme avantages de permettre un décollement plus facile de la vésicule, puisqu'on part du cystique et du col

de la vésicule presque toujours libre pour s'attaquer ensuite à des adhérences qu'il est facile de sectionner en les tendant en tirant sur l'extrémité de la vésicule libérée. Elle permet aussi de lier d'emblée la ou les artères cystiques : On n'a pas ainsi à s'inquiéter des petites hémorragies provenant des branches de la cystique sectionnée, comme celà arrive quand on fait la cholécystectomie du fond vers le col. Elle permet de reconnaître dès le début de l'opération, d'une façon précise le canal cholédoque et l'hépatique et d'éviter ainsi leur blessure, ce qui peut arriver quand on sectionne un cystique trop tiraillé en dehors et coudant la voie biliaire.

Voici comment M. Gosset décrit la technique qu'il emploie. (*Presse Médicale*, 15 *mars* 1913) ;

« La cholécystectomie d'arrière en avant, avec section première du cystique et du décollement du col vers le fond. — C'est pour nous le procédé de choix, toutes les fois qu'il est possible. Et il est possible, à la condition de pouvoir, dès le début de l'opération, comme acte préliminaire, *reconnaître*, *isoler* et *couper* le cystique à son abouchement dans le cholédoque.

« Chez l'homme gras, à base thoracique évasée, à foie non abaissé, à petite vésicule, le procédé est parfois inapplicable. Chez la femme, surtout chez la femme maigre, avec foie abaissé et luxable en partie au dehors, si la vésicule n'est pas trop atrophiée, alors la cholécystectomie rétrograde devient des plus simples.

« En somme, dans tous les cas, nous essayons de la pratiquer et nous y arrivons, à l'heure actuelle, deux fois sur trois.

« Or, si nous préconisons ce procédé, c'est qu'il est plus simple, plus facile, plus rapide, plus sûr que l'ancien. Mais

pour pouvoir comparer, il faut au moins se donner la peine d'avoir employé les deux méthodes.

« *Technique.* — Voici comment nous avons procédé dans nos cas personnels, avec la description des temps successifs à exécuter :

« 1° *Découverte, isolement, ligature et section du canal cystique.*

« Il est classique de dire que, pour aller au cystique, il faut partir de la vésicule, puis, suivant sa face inférieure tout en tirant sur le fond, mettre ainsi en évidence le canal cystique qui, lui-même, conduira l'opérateur sur le cholédoque (Hartmann). C'est là un conseil excellent, que tous les chirurgiens ont mis à profit et dont ils n'ont eu qu'à se louer.

« Nous pensons que bien souvent, quand le pédicule hépatique est libre, le plus simple est d'*aller directement* au cholédoque. Pour faciliter cette découverte *directe* du cholédoque, l'*aide abaisse l'angle du duodénum*, et, immédiatement au-dessus de cet angle, dévoilé par quelques vaisseaux ascendants partis du duodénum, se voit le cholédoque. On le reconnaît parfois à son volume. — il peut atteindre le volume du pouce et au-delà, — mais surtout à s*a coloration blanc grisâtre* et à sa direction. Le péritoine est très mince, transparent à son niveau, et il suffit d'un simple coup du doigt, recouvert d'une compresse de gaze, pour déchirer cette mince lame péritonéale et dénuder ainsi la face antérieure du cholédoque.

« Le cholédoque est mis à nu, mais le cystique n'apparaît pas d'emblée, même si la dénudation du cholédoque a été réalisée au niveau où il reçoit le canal cystique. Pour *découvrir* le cystique, il faut inciser au bistouri la lame péritonéale qui s'accroche au côté externe du cholédoque à la manière

d'une voile sur le mât d'un navire : cette lame, c'est la partie la plus basse du méso-cyste. A ce niveau, *elle est épaisse, doublée d'une couche graisseuse non insignifiante, et c'est au milieu de cette graisse que chemine le cystique dans sa portion toute terminale.* Avec une sonde cannelée de Nélaton, cherchez, en manœuvrant à petits coups et en vous tenant tout contre le bord droit du cholédoque, un cordon jaunâtre, à parois épaisses, à direction presque verticale, que viendra, dans ses mouvements de va-et-vient accrocher votre sonde cannelée, manœuvrée avec beaucoup de légèreté. Quand vous aurez reconnu le canal cystique, isolez-le complètement comme on le fait pour une artère et passez au-dessous de lui une aiguille de Deschamps, armée d'un catgut. Sectionnez le canal entre la ligature et une pince de Kocher et une gouttelette de bile vous démontrera que c'est bien le cystique que vous venez de lier et de couper.

« On objectera que cette manœuvre ne peut se faire que dans le cas de voies biliaires normales. Il n'en est rien. Même dans les cas où les lésions sont très anciennes et où la sclérose des tissus est très marquée, *le segment terminal du canal cystique est bien souvent sain*, non dilaté, facile à lier, et cela dans la proportion de deux cas sur trois, d'après nos chiffres actuels. Il est exact qu'il y a parfois sclérose et même oblitération du cystique, parfois dilatation du segment terminal du cystique aussi marquée que celle du cholédoque lui-même, parfois encore adhérences intimes du cystique et des tissus voisins empêchant toute section première du canal cystique. Mais, nous le répétons, deux fois sur trois, la libération du canal et sa section se font sur un segment resté souple et isolable.

« *Or, cette section première du canal cystique, c'est la clef de la cholécystectomie rétrograde* : une fois ce temps exécuté, le

reste de l'opération se fait en quelques secondes et n'expose plus à aucun risque.

« 2° *Décollement du canal cystique d'arrière en avant.* — Dès que le cystique, lié au ras du cholédoque, aura été sectionné, amorcez son décollement d'arrière en avant, ce qui *tend* et *fait saillir* le pédicule vasculaire de la vésicule.

« 3° *Ligature du pédicule vasculaire.* — En tirant sur le cystique, vous allez ainsi tendre toutes les artères qui le longeaient de plus ou moins près pour aller gagner la vésicule. Et, quel que soit le type anatomique d'artère devant lequel vous vous trouvez, quelles que soient les variétés d'origine, de direction et de situation, vous élongez par cette traction et vous mettez en relief les artères et vous n'aurez plus qu'à les prendre dans une pince ou à jeter autour d'elles un solide catgut pour être assuré de pratiquer une hémostase complète de toutes les branches artérielles.

« 4° *Décollement de la vésicule.* — La pince qui tient le cystique est alors saisie, ainsi que la vésicule elle-même, dans la main gauche du chirurgien, pendant que l'index de cette main travaille à la libération d'arrière en avant de la vésicule et que la droite, armée de ciseaux, collabore à cette manœuvre de décollement en sectionnant les lames du méso de la vésicule. Ce temps de décollement est très rapide, il se fait fatalement au niveau du bon plan de clivage et il est beaucoup moins hémorragique que lorsqu'on procède du fond vers le col. Il permet, en outre, de conserver assez de péritoine pour pratiquer une ablation en partie sous-séreuse, d'où drainage et réparation plus aisée. »

Le drainage après la cholécystectomie

En l'état actuel de nos connaissances, il est nécessaire de drainer après toute cholécystectomie, quelles que soient la

lésion trouvée et l'intégrité apparente des voies biliaires.

Peut-être plus tard pourra-t-on faire mieux lorsqu'on saura désinfecter d'une façon sûre les voies biliaires. Mais actuellement il est nécessaire de laisser dans la cavité créée par l'ablation de la vésicule un drain et des lamelles de gaz stérile formant mèches. (Lejars-Gosset). Le drain doit être mis au contact du moignon du cystique préalablement lié. Cette ligature, en effet, peut tomber et la bile sourdre par la section du cystique. La bile peut s'écouler le long du plan de clivage de la surface hépatique. Il ne semble pas prudent de la laisser s'accumuler dans la cavité créée. D'autre part, l'emploi des mèches est justifié par le fait qu'il reste toujours une surface cruentée au niveau du lit de la vésicule. Les mèches formant tampon arrêteront le suintement qui ne manque pas de se produire. Elles ont, avec le drain, l'immense avantage de favoriser et de guider la formation d'une barrière d'adhérences qui limite le siège du suintement du reste de la cavité abdominale. Deux ou trois mèches au plus, convenablement disposées, suffisent et le grand tamponnement à la manière de Kehr semble, dans ce cas, superflu.

Avec l'incision de Sprengel, on s'arrangera pour faire sortir le drain et les mèches au niveau de l'extrémité externe de la section et au niveau du petit crochet si on l'a tracé. Avec l'incision de Kehr, le drainage sort au niveau de la partie externe de la portion moyenne de l'incision.

Ce drainage doit être conservé assez longtemps. C'est un fait d'expérience. Les mèches seront enlevées du cinquième au huitième jour, progressivement. Le drain sera d'abord remplacé par un plus petit que celui mis d'abord, puis supprimé quand l'écoulement de bile sera presque tari ; mais c'est surtout sur l'état du malade, l'aspect de l'orifice de drainage et sur les caractères de la bile que l'on se guidera

pour supprimer tout drainage. Il ne faut l'enlever qu'au moment où la bile sort claire, quand la température est absolument normale, en un mot quand on est sûr que l'infection est guérie. Généralement, l'écoulement de bile s'arrête de lui-même dans les jours qui suivent l'ablation du tube de drainage.

On a proposé, à côté de drainage extrêmement simple, des choses compliquées. Il est excellent de chercher à péritoniser le lit hépatique de la vésicule et à mettre ainsi le drainage dans une sorte de tunnel péritonéal.

On a aussi quelquefois introduit le tube dans la lumière du cystique que l'on retient sur le drain par quelques points au catgut. Etant donné qu'on ne doit pas laisser le canal cystique, ce procédé, pour ingénieux qu'il soit, n'a plus de valeur.

COMPLICATIONS OPÉRATOIRES ET POST-OPÉRATOIRES. — LES RÉCIDIVES

La cholécystectomie comporte, comme toute opération, la possibilité d'accidents survenant au cours de l'intervention et compliquant la période post-opératoire. Les uns appartiennent à toutes les opérations, pas plus spécialement à la cholécystectomie qu'à d'autres ; d'autres, au contraire, sont spéciales à cette intervention. Ce sont de ces dernières seulement que je m'occuperai ici.

Au cours de l'opération, dans les cas difficiles compliqués par des adhérences, la veine porte a pu être blessée. C'est là un accident grave si l'on s'effraie. Il faut avant tout chercher alors à voir clair ; arrêter l'hémorragie par la compression digitale, repérer les lèvres de la plaie et faire une suture soignée de la veine : celle-ci est possible facilement. Ainsi traitée, cette lésion ne comporte pas un pronostic autrement grave.

Une déchirure de l'artère hépatique est possible. Alessandri, à l'Académie royale de Rome, en a rapporté un cas. Au cours d'une cholécystectomie pour lithiase, il blessa et lia la branche droite de l'artère hépatique. A la suite, quelques phénomènes cliniques semblèrent indiquer des désordres passagers du côté du lobe droit du foie ; ils durèrent plusieurs mois, mais tout finit par s'arranger. La malade fut revue

parfaitement bien portante plus d'un an après l'opération. Cette terminaison heureuse n'est d'ailleurs pas la règle et la ligature de l'artère hépatique est généralement suivie de la nécrose du territoire correspondant.

La blessure du cholédoque est également possible. Elle peut être produite au moment où on sectionne le cystique qui doit être coupé au ras du cholédoque. Kehr, dans des circonstances semblables, draine simplement le cholédoque par l'orifice ainsi créé. Si la section du canal est complète, on peut pratiquer la suture bout à bout de l'hépatique au cholédoque. Cette suture tiendra parfaitement dans les cas où il n'y a pas d'infection de la voie principale. Il sera prudent, dans ces cas, de surveiller particulièrement le drainage.

Ces trois complications peuvent être évitées si l'on voit clairement ce qu'on fait et si on expose la face inférieure du foie convenablement. En travaillant à l'aveuglette, on risque fort de couper un vaisseau important au moment où l'on cherche à dégager le col de la vésicule et le cystique dans le bord libre du petit épiploon. Ce danger est réduit au minimum si l'on voit ce qu'il y a dans ce petit épiploon, et c'est là justement un des gros avantages de la cholécystectomie d'arrière en avant. En dégageant le cystique en premier, en l'isolant complètement du reste des organes du pédicule hépatique, en le pinçant seulement quand on l'a isolé, on évite tout risque d'entamer la paroi de la veine porte et de l'artère hépatique. De même, la section restera loin de la paroi du cholédoque puisque, entre ce canal et le point où l'on coupera le cystique, on a mis un fil qui étreint le cystique. Le reproche qu'on a adressé à la cholécystectomie rétrograde, d'exposer à des blessures du cholédoque, est donc tout à fait injustifié.

Dans les jours qui suivent l'opération, plusieurs accidents

sont à redouter. Comme dans toute intervention abdominale portant sur les lésions infectées, on peut voir éclater des accidents de péritonite.

Les cholécystectomisés sont particulièrement exposés à faire des congestions pulmonaires et des broncho-pneumonies. Si le cœur des opérés n'est pas suffisant fonctionnellement, les complications pulmonaires peuvent entraîner la mort. Il faudra donc veiller à ce que ces malades ne subissent aucun refroidissement, les placer dans une atmosphère à température égale et douce. Si des accidents pulmonaires éclatent, il faudra recourir aux applications de ventouses, aux révulsifs habituels, mais surtout s'attacher à soutenir leur cœur avec des injections d'huile camphrée, de spartéïne et au besoin leur administrer de la digitale conformément aux règles qui régissent son emploi en thérapeutique générale.

Riedel signale la fréquence des vomissements dans les jours qui suivent l'opération. Il les attribue à des adhérences duodénales préexistantes. Le duodénum paralysé ne fonctionnerait pas. Le lavage d'estomac dans ces cas peut seul soulager le malade. Souvent, il amène la cessation des vomissements. Il semble qu'en réalité, la pathogénie de ces vomissements soit complexe. Les adhérences jouent un grand rôle dans leur production. Mais il doit s'y surajouter un élément nerveux ou réflexe.

Enfin, on a signalé des complications extrêmement graves : la thrombose de la veine porte, de la veine cave et même de l'aorte. Ce sont là des éventualités redoutables et contre lesquelles on ne peut pas grand chose.

Une fois le malade guéri de son opération, il est encore exposé à des ennuis qu'on peut lui éviter, grâce à une bonne

technique chirurgicale. Nous ne nous occuperons que de la persistance de la fistule au niveau de l'orifice de drainage, des éventrations et des récidives.

Généralement, une fois le dernier drain enlevé, l'écoulement de bile s'arrête en quelques jours et la plaie se guérit. Cet écoulement peut quelquefois durer d'une façon anormale. On a pu remarquer que cet écoulement était particulièrement lent à tarir quand on avait laissé une portion du cystique plus ou moins longue. Dans tous les cas où le cystique a été sectionné en bonne place, l'écoulement de bile s'est arrêté de soi-même assez rapidement.

Si la bile qui s'écoule est trouble, épaisse, il faut attendre. Les voies biliaires infectées n'ont pas encore recouvré leur intégrité fonctionnelle, et le plus souvent, au bout d'un temps plus ou moins long, on voit la bile devenir fluide, l'écoulement diminuer progressivement et enfin s'arrêter complètement.

Si cet écoulement de bile n'a aucune tendance à s'arrêter et si en même temps le malade présente des poussées de température, un peu de douleur, il faut songer à la possibilité de l'existence d'un calcul laissé dans l'hépatique ou le cholédoque, entretenant l'infection au niveau de ces canaux. Dans ces cas, il sera bon d'administrer des substances antiseptiques, tels le benzoate de soude et le salicylate, en surveillant l'alimentation du malade et en le soumettant au régime des lithiasiques. On peut ainsi amener la cessation des accidents. Ce n'est que lorsque ce traitement aura échoué qu'on pourra songer à pratiquer une nouvelle intervention, soit drainage de la voie biliaire principale, soit anastomose bilio-intestinale. Mais c'est là un accident qu'on peut éviter en s'assurant de l'intégrité de la voie biliaire principale, et en la drainant quand on croit qu'il

existe une hépato-angiocholite chronique calculeuse, même légère.

Un trajet fistuleux peut quelquefois persister quelque temps après l'ablation du drain sans qu'il s'écoule de bile. Il s'écoule par l'orifice un peu de sérosité trouble, un peu de pus, quelquefois un peu de sang. Il peut s'agir d'un petit abcès développé par exemple autour d'un fil de catgut placé au milieu d'adhérences au contact d'un foyer d'infection encore virulent. L'écoulement cesse quand le fil est éliminé et le plus souvent il n'est pas besoin d'intervenir de nouveau. Il faut simplement maintenir ouvert le trajet fistuleux en le désinfectant autant qu'il est possible. Cette complication est d'ailleurs très rare. Elle n'existe pas quand on assure un drainage convenable et bien disposé et à ce propos l'incision de Sprengel transversale est celle qui favorise le plus un bon drainage, en permettant de faire sortir le tube au point déclive, au niveau de l'angle externe de l'incision.

Les Récidives

La question des récidives dans le traitement chirurgical de la lithiase biliaire a attiré l'attention de tous les chirurgiens. Après une cholécystostomie, il est tout simple de conclure à la formation de nouveaux calculs dans la vésicule laissée en place. Après la cholécystectomie, la question devient plus compliquée. Plusieurs raisons peuvent expliquer la réapparition de troubles lithiasiques. Ceux-ci, d'ailleurs, ne sont pas fréquents. Parmi les individus dont nous apportons les observations, trois seulement ont présenté des récidives et toutes trois furent de peu d'intensité. Quelques mois après l'opération, ces malades présentèrent des signes de coliques hépatiques et éliminèrent un calcul

par l'intestin. Dans ces cas, on pouvait songer à la persistance d'un petit calcul dans l'hépatique dont la mobilisation s'est accompagné du syndrome colique hépatique. Dans ces trois cas, un régime médical a été institué pendant quelque temps. Les malades ont été faire une cure à Vichy, et depuis ils ne ressentent absolument plus rien.

M. Chauffard *(in Thèse de Flandin, Paris* 1912*)*, incrimine le pigment biliaire fabriqué en excès par le foie. L'élimination de boue biliaire jointe à une infection légère des voies biliaires serait la cause des douleurs. Cette origine hépatique du pigment biliaire montre que le drainage du cholédoque ne met à l'abri des récidives qu'autant qu'il assurera la désinfection de la voie biliaire principale. Et, en fait, les récidives surviennent plus souvent après les cholédocotomies suivies d'hépaticus-drainage qu'après les simples cholécystectomies. La raison en est simple, puisqu'on a été obligé de drainer le cholédoque, c'est qu'il existait un état d'infection très marquée de ce canal, qui a persisté même après l'opération.

Kehr espère, grâce à de grands lavages pratiqués dans les drains, arriver à désinfecter complètement le cholédoque. Le même résultat est obtenu avec un simple pansement aseptique au-dessus du drainage et ce mode de traitement expose moins à l'infection de la plaie opératoire. Il semble plus pratique de chercher à diminuer le taux de production de pigments biliaires et c'est pourquoi, après toute cholécystectomie, il convient de faire suivre à l'opéré un traitement hydrominéral antilithiasique.

A côté de ces récidives vraies, il y a de fausses récidives : il s'agit alors de calculs développés autour de corps étrangers laissés à l'opération : nœuds de soie ou de catgut, com-

presses oubliées par mégarde. Flandin, dans sa thèse, en rapporte neuf observations. Mais il ne s'agit qu'une fois de cholécystectomie. Dans les autres cas, on avait pratiqué soit une cholécystostomie, soit une cholédocotomie, et des calculs s'étaient développés autour de fils de soie ou de catgut qui avaient réuni l'incision faite aux voies biliaires. Après une cholécystectomie aucun fil ne restant au contact de la cavité des voies biliaires, la possibilité de ces fausses récidives est bien réduite.

L'Éventration post-opératoire

C'est là une des complications qui était surtout à redouter il y a quelques années : la grande incision de Kehr, dans sa troisième portion, sacrifiait plusieurs filets nerveux d'où une atrophie de la portion musculaire correspondante. Le drainage volumineux qu'on laissait en place au niveau de la deuxième portion de l'incision entraînait la formation d'un point faible dans la paroi, point d'amorce pour les éventrations.

Le nombre de ces éventrations a considérablement diminué depuis que l'on fait des incisions plus petites, surtout depuis que l'on fait l'incision de Sprengel. Tous les opérés de M. Gosset qui ont été incisés transversalement ont été revus avec une cicatrice très solide. Le point où sortait le drainage s'est parfaitement comblé et rien n'existe qui puisse faire redouter une éventration ultérieure.

Le soin qu'on apporte à suturer la paroi et la grande propreté opératoire est aussi un facteur de réunion solide après l'opération, en chirurgie des voies biliaires, comme au cours de toute intervention.

RÉSULTATS

Si on examine les statistiques publiées depuis 1908, il est facile de constater d'abord que le nombre d'opérations sur les voies biliaires a été toujours augmentant, et que les résultats semblent meilleurs à tous points de vue.

Dans la statistique de Bachrach, on note que la cholécystectomie a été pratiquée cinquante-huit fois avec une mortalité de 3,3 %.

Il incise verticalement sur le bord externe du droit, franchement en dehors, et ne note que rarement d'éventration. Il enlève la vésicule sans l'ouvrir, même quand il y a des adhérences. Il recommande un traitement de trois semaines à Karlsbad après l'opération. Les résultats éloignés sont des plus satisfaisants.

Rigby, qui publie le résultat de ses opérations en 1908 (*The practitioner*, déc. 1908), a pratiqué dix-sept cholécystectomies, avec trois morts. Il pratique la cholécystectomie quand les parois de la vésicule ou du cystique sont trop altérées et quand il ne peut enlever les calculs inclus dans les parois de la vésicule ou du cystique. Il fait la cholécystostomie dans les cas de cholécystite simple ou dans les cas de lithiase biliaire avec vésicule rétractée et adhé-

rente, qu'il y ait ou non suppuration, et a ainsi quatre morts pour vingt-quatre cholécystostomies.

Rimann, en novembre 1908, signale lui aussi qu'il croit de plus en plus à la cholécystectomie. Sur cinquante-huit cholécystectomies faites de 1896 à 1908, il n'a que quatre morts avec cinquante-quatre malades complètement guéris. Quarante-neuf cholécystostomies lui ont donné sept morts. Des quarante-deux survivants, huit ont récidivé, quatre ont conservé des fistules permanentes (*Beitraze zur Klinischen chirurgie*, nov. 1908).

Friedemann (*Beitraze zur Klinischen chirurgie*, 3 mai 1909), publie les résultats des différentes opérations pratiquées sur les voies biliaires à la clinique de F. Muller (Rostock), de 1901 à 1907. Il les répartit de la façon suivante :

Cholécystite aiguë : 11 cholécystostomies avec 0 mort ; 2 cholécystectomies avec 1 mort.

Cholécystite chronique : 38 cholécystostomies avec 2 morts ; 1 cholécystendyse avec 0 mort ; 6 cholécystectomies avec 1 mort.

Hydropisie de la vésicule : 34 cholécystostomies avec 0 mort ; 6 cholécystectomies avec 0 mort.

Il note après ces cholécystectomies six guérisons complètes seulement. Les autres eurent des troubles variables : récidive de colique hépatique, fistulette. — Si l'on veut résumer la statistique de ces cholécystostomies, on peut dire qu'il y a 60 % de succès durables. Il n'y a pas là de quoi réhabiliter la cholécystostomie.

Haist (*Beitrage zur Klinischen chirurgie*, juin 1909), publie les résultats de la clinique de Hofmeister.

15 cholécystectomies ont été faites pour des cholécystites aiguës ou gangréneuses avec 14 guérisons et 1 mort (par urémie, lésion rénale bilatérale méconnue).

36 cholécystectomies ont été faites pour cholécystites chroniques et hydropisies. Ces 36 cholécystectomies ont été faites de bas en haut, du collet du cystique vers le fond. Les 36 malades ont guéri sans complications et ont recouvré complètement la santé.

Le 20 septembre 1910, Kehr publie, dans le *Munchener medizenische Wochenschrift* les résultats de vingt ans de pratique de la chirurgie biliaire et cette statistique générale porte sur 1600 cas de lithiase biliaire.

307 opérations conservatrices ont été faites. Ce sont des cholécystostomies, cystendyse, cysticotomie simple, — avec sept morts, soit une mortalité de 2,2 %.

384 cholécystectomies avec 13 morts, ce qui donne une mortalité de 3,3 %.

Mais, dans la dernière année, la mortalité a diminué. La cholécystostomie a été faite trois fois sans mort, et la cholécystectomie 33 fois avec un seul décès, soit 2,8 % de mortalité.

Tous les survivants de cette année 1909-1910 peuvent être considérés comme définitivement guéris.

En 1910, dans *Archiv fur Klinische chirurgie*, Eichmeyer reprend l'étude des opérations pratiquées à la clinique de Kehr de janvier 1907 au 31 décembre 1909. Dans ce laps de temps, Kehr a pratiqué 5 cholécystostomies, 1 résection partielle de la vésicule, 102 cholécystectomies. Dans ces cholécystectomies, il a toujours enlevé le cystique en entier, ce qui lui a évité les récidives. La mortalité dans ces opérations est de 3 % environ.

En 1912, Kehr, à la Société médicale de Berlin, apporte de nouveau sa statistique générale. Il compte à ce moment 307 opérations conservatrices (cholécystostomies, cystendise, cysticotomie) avec 7 morts, soit une mortalité de 2,2 %.

Et 455 cholécystectomies qui lui ont donné la guérison complète dans 97 % des cas.

Howard Lilienthal publie quatre observations de cholécystite. Deux fois il a fait la cholécystectomie d'emblée. Dans un troisième cas, il s'agissait d'une cholécystite suppurée avec péricholécystite. Il a d'abord drainé la vésicule, puis il l'a enlevée secondairement avec le cystique : ces trois malades ont guéri. Dans la quatrième observation, en outre de la cholécystite, il y avait un volumineux calcul du cholédoque, ce qui nécessita le drainage du cholédoque. Ces quatre opérés ont parfaitement et complètement guéri. (*New-York medical journal*, 1er juillet 1911).

Bertelsmann de Cassel, a pratiqué trois fois la cholécystectomie pour des perforations de la vésicule biliaire avec péritonite, deux fois dans les premières heures, une fois soixante-douze heures après l'éclosion des accidents. Trois fois ses malades ont guéri.

Les résultats des interventions pratiquées par M. Lejars et par M. Gosset et dont nous rapportons les observations, montrent quel parti on peut tirer de cette opération.

OBSERVATIONS

M. le professeur Lejars a bien voulu me remettre et me permettre de publier dix-neuf observations inédites de cholécystectomies qu'il a faites, choisies parmi les plus typiques.

M. le docteur Gosset m'a permis de publier les observations de cinquante-neuf cholécystectomies qui constituent l'ensemble de sa statistique, depuis le mois de janvier 1908 jusqu'au mois de février 1913. Quelques-unes de ces observations ont été publiées, résumées, dans le numéro du *Journal de Chirurgie* de juillet 1911 et dans le numéro du 15 mars 1913 de la *Presse Médicale*.

M. le docteur Desmarest m'a donné deux observations de cholécystectomie.

Ces observations ont principalement servi de base à ce travail.

Cholécystectomie pour Cholécystite aiguë

Observation n° 1.

*M*me de *R*...

Opérée le 3 août 1908 à la maison de santé de la rue Bizet, par M. Gosset, avec l'aide de MM. Desmarest et Pascalis, anesthésiée par M. Boureau en pleine crise de cholécystite aiguë avec légère péricholécystite.

Cholécystectomie du fond vers le col, de haut en bas. — Drainage ; guérison.

La guérison s'est maintenue.

Cholécystectomies pour Cholécystite ancienne

Observation n° 2.

Mme B..., âgée de 43 ans. Opérée le 7 octobre 1903, par M. Lejars.

A la fin d'avril 1903, la malade a été prise, pendant la nuit, de troubles digestifs très marqués avec vomissements et diarrhée. Pendant les quinze jours qui ont suivi, la malade a ressenti des douleurs d'estomac et un point douloureux au niveau du foie. Elle a ensuite été bien portante jusqu'au 15 septembre, époque à laquelle elle a fait une crise de coliques hépatiques. A l'examen on trouve une tuméfaction arrondie dure mobile, avec le foie sous les fausses côtes droites. Lorsqu'elle est debout, la malade ressent un violent point de côté au niveau de son foie ; elle est habituellement constipée ; son état général est bon.

Opération le 7 octobre. Laparotomie latérale, libération d'une vésicule grisâtre adhérente à l'épiploon ; ponction, liquide purulent, brunâtre, dissection de la vésicule que l'on sépare du foie au bistouri ; ligature isolée du cystitique, un drain au contact du moignon, une lamelle de gaze formant mèche ; réunion.

Dans la vésicule, deux calculs arrondis, gros comme une grosse noisette.

Sort guérie le 28 octobre 1903.

Observation n° 3.

Mme B..., âgée de 42 ans, n'ayant rien dans ses antécédents. Entre à l'hôpital au début de décembre 1904 dans le service de M. le Dr Lejars, Hôpital Tenon.

Au mois de juillet 1904 elle a été prise brusquement d'une crise de coliques hépatiques, après laquelle est apparu un ictère intense qui a duré un mois. Depuis, des crises sont reparues à intervalles variables et d'intensité variable. La dernière crise a lieu le 31 octobre 1904, et elle vient à l'hôpital. A l'examen, on trouve une douleur siégeant dans l'hypochondre droit, irradiant à la région épi-gastrique et à la région lombaire. Il n'y a pas d'ictère, mais, dans les urines, on retrouve quelques pigments biliaires et de l'urobiline. A la palpation,

le foie déborde le rebord costal de un travers de doigt, il est lisse et régulier. La vésicule n'est pas perceptible, il y a un point douloureux au niveau du col de la vésicule ; il n'y a pas d'ascite. La température est normale.

Opération le 10 décembre .— Incision de Kehr (femme grasse). — Vésicule grisâtre, épaissie, bourrée de calculs, lesquels se prolongent sur toute la longueur du canal cystique. On ne sent rien dans le cholédoque. Ouverture de la vésicule qui contient très peu de liquide brunâtre et des calculs à facettes gros comme un pois en moyenne. On ouvre la vésicule sur sa face intérieure et on prolonge cette incision de proche en proche jusque sur le cystique. Il s'écoule un peu de bile. Ablation de la vésicule. Un drain au contact du moignon vésiculaire, un petit drain sous le foie, réunion.

Guérison.

Observation n° 4.

M^me^ D..., 43 ans. Entre dans le service de M. Lejars au début de juillet 1906.

Cette malade, dont la santé générale a été longtemps bonne, souffre, depuis huit ans, de troubles lithiasiques consistant en douleurs et en troubles digestifs. Depuis trois ans, les crises se rapprochent, leur intensité augmente, l'ictère a fait son apparition. Au 1^er^ janvier 1906, la malade a fait une crise extrêmement violente avec une légère réaction péritonéale et de la fièvre. Au 1^er^ avril 1906 et au 10 juin, elle a eu une crise analogue. Actuellement, la malade ne souffre pas, le foie est un peu gros, la vésicule est douloureuse.

Opération le 12 juillet. — Incision de Kehr. — Vésicule cylindroïde remplie de calculs, entourée d'adhérences épiploïques, rien dans les gros canaux ; cholécystectomie, réunion avec drain et lamelles.

Guérison.

M. Lejars a eu, depuis, des nouvelles de la malade dont l'état de santé est parfait.

Observation n° 5.

M^me^ H. M..., âgée de 68 ans. Entrée le 26 février 1907 *dans le service du D^r^ Lejars.*

La malade a été prise, il y a dix-huit mois, d'une douleur insidieuse, sourde, siégeant uniquement au niveau de l'épaule droite. Cette douleur diminue le jour, sans toutefois disparaître complètement,

elle empêche la malade de se coucher sur le côté droit. Il y a un mois, les douleurs dans l'épaule persistant, elle commence à souffrir dans sa région vésiculaire et, il y a quinze jours, elle est prise brusquement d'une douleur extrêmement vive siégeant au creux épigastrique et au niveau du bord inférieure du foie. Cette douleur s'accompagne de nausées. Il n'y a ni fièvre, ni vomissements. La douleur a duré toute la journée et se calme sous l'influence de la glace sur le ventre et de la diète. Etat actuel : La malade souffre un peu dans l'épaule droite, mais la douleur est surtout localisée au niveau de la partie supérieure de la fosse iliaque droite. Aucune douleur spontanée au niveau du bord inférieur du foie. La matité hépatique descend à un travers de doigt au-dessous des fausses côtes. La palpation, à ce niveau, révèle un point extrêmement douloureux situé au niveau du fond de la vésicule biliaire.

Opération le 27 février. — Incision de Kehr. — La vésicule apparaît pleine de liquide avec quelques calculs qu'on sent à travers la paroi. Libération de la vésicule au bistouri. On isole le col et le canal cystique, ligature du canal tout contre le cholédoque, ligature des vaisseaux, drain et mèche, fermeture de la paroi.

La malade a été revue le 23 juillet parfaitement guérie et n'ayant plus souffert.

Observation nº 6.

Mme P..., âgée de 37 ans. Entrée à l'hôpital le 25 juin 1908, dans le service de M. Lejars.

Cette malade a toujours eu une excellente santé, sauf une fièvre muqueuse qu'elle contracta à l'âge de 13 ans et qui évolua sans complication. Elle n'a aucun antécédent hépatique. On note dans son passé génital, trois fausses couches : la première, il y a trois ans (c'était une fausse couche de quatre mois) ; elle fut suivie de pertes très abondantes qui necessitèrent un curetage ; la deuxième (de cinq mois), elle fut moins grave ; la troisième, de quatre mois et demi. Elle eut trois enfants.

Le début de l'affection actuelle remonte au 10 janvier. A cette date, la malade eut un accouchement, l'enfant, né à 8 mois, mourut ; il y a deux mois, la malade fut prise, assez brusquement, de douleurs dans la partie inférieure de l'abdomen, surtout du côté gauche, au niveau du bord externe du droit. Les douleurs survenaient par crises extrêmement vives qui nécessitèrent des piqûres de morphine. Les douleurs irradiaient dans les lombes et dans le périnée, en haut, elles se propageaient vers la pointe de l'omoplate.

Les règles s'accompagnaient de l'expulsion de caillots noirs dont la sortie était marquée par des douleurs très vives.

A aucun moment, la malade n'a eu d'ictère franc, mais toujours une certaine coloration des téguments faisant songer à la cholémie familiale.

Les douleurs s'accompagnaient de vomissements surtout bilieux, survenant plusieurs fois par jour.

A l'examen, on note une tumeur mal limitée, empâtée, qui siège à la hauteur de la dixième côte droite ; elle est douloureuse et protégée par la contracture de la paroi ; elle paraît mobile avec la respiration.

Rien du côté du cœur ou du poumon. On hésite entre une tumeur de l'angle du colon et une vésicule biliaire distendue.

Opération le 2 juillet. — Incision sur le bord externe du droit. — Grosse vésicule adhérente que l'on décortique. La ponction donne issue à du liquide trouble. Cholécystectomie avec ligature isolée du cystique et de l'artère.

Guérison.

Observation n° 7.

Mme G..., âgée de 52 ans, opérée le 10 mars 1910 par M. Lejars.

La malade souffre depuis longtemps de coliques hépatiques, les douleurs sont devenues plus fréquentes et plus vives dans les six derniers mois. L'état général est notablement compromis. La malade a beaucoup maigri, le teint est pâle, un peu jaunâtre, de mauvais aspect. Les selles ne sont pas décolorées et, du reste, il n'y a jamais eu d'ictère ni de subictère.

A l'examen on trouve un foie débordant d'un travers de doigt environ l'arcade costale et dont le bord est régulier. En dessous, fait relief une vésicule biliaire de moyen volume, accolée à la paroi, épaissie et tendue. Elle est, de plus, très douloureuse à la pression.

Cholécystite calculeuse, ancienne, tel était le diagnostic en présence des antécédents et des constatations locales ; pourtant l'hypothèse d'une dégénérescence possible n'était pas sans quelque vraisemblance. Toujours est-il que l'opération s'imposait.

Elle fut pratiquée le 10 mars 1910 par M. Lejars. Par l'incision de Kehr, on découvre une vésicule un peu adhérente à surface régulière, gris brunâtre, dans laquelle on sentait plusieurs calculs. L'exploration du pédicule hépatique ne révèle rien d'anormal ; la cholécystectomie fut pratiquée avec ligature isolée du canal cystique et de l'artère. Réunion avec drainage.

La vésicule ouverte contenait trois calculs à facettes brunâtres,

gros comme des noix et un peu de sable et de bile épaisse et noirâtre.

La paroi était épaissie mais ne présentait, en aucun point, trace de dégénérescence néoplasique.

La guérison opératoire fut obtenue sans incident ; les douleurs avaient cessé ; l'amélioration générale était des plus marquées, la vie ordinaire avait été reprise, mais le teint restait toujours un peu jaunâtre. Cinq mois après, l'opérée retournait faire une saison à Vichy. Au bout d'une dizaine de jours, elle fut prise d'une nouvelle crise douloureuse hépatique après laquelle sont expulsés, dans les selles, deux calculs arrondis, brunâtres, gros comme des noisettes. Cette crise dura très peu de temps. Dès lors, tout incident disparaît. Le rétablissement général s'affirme cette fois de la façon la plus franche. Notre opérée a repris de l'embonpoint, une mine excellente, une santé parfaite, elle ne souffre plus et mène une vie très active.

Observation nº 8.

M. W..., 45 ans. Entré à l'hôpital Saint-Antoine, le 13 décembre 1911, dans le service de M. Lejars.

Il a eu, le 17 août 1911, une crise de coliques hépatiques qui a duré huit jours, avec élévation de température et subictère. Au mois de septembre, les accidents douloureux n'ayant rétrocédé, le malade consulte et on fait le diagnostic de cholécystite. Le 14 septembre, il fait une crise de cholécystite aiguë avec réaction péritonéale et température à 39°. Cette crise est refroidie et le malade peut reprendre ses occupations, mais il continue à souffrir dans la région vésiculaire et il vient consulter M. Lejars au début de décembre. A l'examen, on note une douleur étendue dans la fosse iliaque droite et remontant dans le flanc droit sans localisation spéciale. On perçoit, sous le foie, un peu d'empâtement.

Opération le 16 décembre 1911. — Incision de Kehr. — Cholécystectomie du fond vers le col, ligature isolée du canal cystique et du pédicule vasculaire, réunion avec drain et lamelles.

Le malade a été revu en parfait état de santé en avril 1912.

Observation nº 9.

Mme P..., opérée le 20 juin 1912 par M. Lejars.

Malade ayant eu plusieurs crises de coliques hépatiques, sans ictère, sans fièvre, chez qui on a fait le diagnostic de cholécystite.

Opération. — Incision de Kehr. — Grosse vésicule distendue, à

parois minces, à contenu légèrement coloré en brun clair. Un calcul enchatonné dans le cystique.

Cholécystectomie au ras du cholédoque. On applique, par quelques points au catgut, deux lambeaux de péritoine sur la surface hépatique. Réunion avec drain et mèche.

Sort le 4 août, guérie.

Observation n° 10.

Mme B..., 53 ans, opérée le 25 mars 1912 par M. Lejars.

Sans antécédents, un peu maigre et frêle. Souffre, depuis sept à huit ans, dans la région épigastrique et sous-hépatique. La douleur est continue et devient plus accusée à certains moments. Elle s'accompagne alors de quelques vomissements et, de temps en temps, d'un léger subictère.

M. Lejars la voit pour la première fois il y a cinq ans ; l'examen de l'hypocondre droit ne révèle absolument rien et on ne perçoit pas la vésicule, bien que l'état d'amaigrissement relatif permette à l'exploration profonde de s'exercer en toute facilité. Sur le conseil de M. Lejars, la malade consulte M. le professeur Gilbert, qui institue un traitement. L'amélioration est d'abord très appréciable, mais elle dure peu. L'amaigrissement se prononce de plus en plus et, finalement, en mars 1912, l'état général est devenu très précaire : Crises douloureuses répétées, anorexie, mauvais teint, situation de plus en plus pénible, qui rend la vie intolérable. Cette fois, on parvient à sentir sous le foie une petite voussure douloureuse qui paraît être la vésicule. Devant l'insistance de la malade et l'évolution des accidents au cours des dernières années, M. Lejars décide d'intervenir, non sans réserver la possibilité d'une dégénérescence néoplastique.

Opération le 25 mars 1912, par M. Lejars. — Incision de Kehr. — Sous le foie qui prolabe notablement, on trouve une vésicule ovoïde tendue, de volume moyen, où l'on perçoit nettement des calculs à son extrémité profonde. L'examen des grosses voies biliaires ne révèle rien. On pratique la cholécystectomie sans ponction préalable. Le canal cystique, occupé par une concrétion, est coupé au ras du cholédoque. Ligature du pédicule vasculaire. Réunion avec drainage.

La ligature du cystique ne fut pas suivie d'une occlusion immédiate. Un écoulement biliaire survint, qui se prolongea plusieurs semaines, puis la guérison s'achève.

Depuis lors, la santé est redevenue parfaite, l'opérée a repris de l'embonpoint et toute trace des désordres antérieurs a disparu.

Observation n° 11.

Mme D..., 57 ans. Entre dans le service de M. Lejars, le 21 juin 1912, envoyée par M. Chauffard, dans le service de qui elle est en traitement depuis quatre jours, pour une cholécystite calculeuse.

La première crise de lithiase biliaire remonte à 1893. Depuis, elle éprouve, tous les ans, une crise de coliques hépatiques, jusqu'en 1905. De 1905 à 1911, elle n'a plus de crises, elle en refait une très violente à cette époque, et M. Chauffard lui indique un traitement grâce auquel elle a deux mois de tranquillité. En septembre 1911, elle a une nouvelle crise, et depuis cette époque la malade a, à intervalles de quelques semaines, des crises subintrantes de douleurs et de troubles digestifs. Il y a un peu d'ictère au début des crises et dans l'intervalle des crises.

Examen de la malade. — Le foie est augmenté de volume, déborde les fausses côtes de deux travers de doigt, il est peu douloureux à la palpation, sauf au niveau de la vésicule où il y a une sensibilité très marquée, mais sans réaction de défense. L'appareil digestif fonctionne bien.

Opération le 25 juin 1912. — Incision de Kehr. — Vésicule moyenne entièrement sous-hépatique, un peu adhérente au duodénum, blanchâtre, à parois un peu épaissies, contenant d'assez nombreux calculs de volumes divers. Dissection assez laborieuse au bistouri, de la vésicule, on dénude le col, pincement de tous les pédicules. Ablation de la vésicule, ligatures, drains et lamelles à cause du suintement sanguin hépatique.

Guérison.

Observation n° 12.

M. A..... Opéré en mai 1908, à la maison de santé de la rue Bizet, par M. le docteur Gosset.

Grosse vésicule calculeuse, à parois épaissies. Un calcul oblitérant le cystique.

Cholécystectomie du fond vers le col.

Guérison qui s'est maintenue.

Observation n° 13.

Mme L..... Opérée le 22 juin 1908, à la maison de santé de la rue Bizet, par M. Gosset.

Cholécystite calculeuse dont le début remonte à plusieurs années. — Cholécystectomie du fond vers le col.

Guérison.

La malade est actuellement en excellente santé.

Observation nº 14.

(*in Journal de Chirurgie*, juillet 1911).

Léontine G..., femme L...., âgée de 44 ans, entre à l'hôpital Necker, le 22 novembre 1908, *pour crises répétées de coliques hépatiques sans ictère, sans fièvre.*

Opération le 1er décembre 1908, Dr Gosset. — Incision de Kehr. — La vésicule est d'aspect normal, mais, par la palpation, on sent des calculs au niveau du col. Rien au cholédoque. Cholécystectomie du col vers le fond, ligature isolée du cystique et de l'artère. La vésicule, qui a été enlevée sans ouverture préalable, contient une cinquantaine de petits calculs noirs et de la boue biliaire. La malade quitte l'hôpital le 15 décembre.

Observation nº 15.

(*in Journal de Chirurgie*, juillet 1911).

Marie N..., femme C.., entre le 18 *décembre* 1908, *à l'hôpital Necker, lit nº* 8, *pour des crises de cholécystite avec angiocholite.*

Elle n'est opérée que le 5 février 1909, par M. le Dr Gosset, avec l'aide de M. Pascalis, interne, et du Dr Boureau, anesthésiste.

Incision de Kehr. — Vésicule longue de 12 centimètres, section première du cystique. Cholécystectomie du col vers le fond. Le fond de la vésicule est tellement adhérent au foie qu'il se déchire et laisse échapper un peu de bile et quelques calculs du volume d'un petit pois. Exploration négative du cholédoque. Ligature isolée du canal cystique et de l'artère.

La malade sort guérie le 3 mars.

Observation nº 16.

(*in Journal de Chirurgie*, juillet 1911).

Joséphine M...., 28 ans. Entrée le 15 *janvier* 1909, *à l'hôpital Necker, salle Lenoir, adressée par M. le Dr Castaigne.*

Coliques hépatiques depuis 1900 sans ictère, sans fièvre, avec, pendant ces crises, une distension de la vésicule très marquée.

Opération le 19 janvier 1909. Opérateur, M. Gosset. — Incision de Kehr. — Très grosse vésicule débordant le foie de trois travers de doigt. A travers la paroi on sent quelques calculs et un gros calcul

enclavé dans le cystique. Cholécystectomie de haut en bas. Ligature isolée du canal cystique, puis du pédicule vasculaire. La vésicule contenait 168 calculs.

Guérison.

Observation nº 17.

(Résumée *in Journal de Chirurgie*, juillet 1911).

M. T...., 46 ans.

Malade ayant eu une série de coliques hépatiques et chez qui la vésicule reste grosse, douloureuse, mobile. Véritable état de mal vésiculaire.

Opération le 10 mars 1909, par le Dr Gosset, avec l'aide du Dr Desmarest. Anesthésie à l'éther par le Dr Boureau. — Vésicule distendue, très épaisse, très adhérente, qu'on enlève sans l'ouvrir, en la décollant de bas en haut. Elle contient un gros calcul enclavé au niveau du col et deux petits calculs contenus dans la vésicule elle-même. Pas de calcul dans le canal commun. Ligature du canal cystique, ligature isolée de l'artère cystique. Drainage au contact du moignon du cystique. Durée de l'opération, 47 minutes. Quantité d'éther, 77 gr.

Le malade sort guéri le 2 avril.

M. le Dr Ghika, médecin du malade, a bien voulu nous donner de ses nouvelles. Il jouit, depuis son opération, d'une excellente santé et n'a plus jamais eu de troubles lithiasiques.

Observation nº 18.

(Résumée *in Journal de Chirurgie*, juillet 1911).

M. M....., 58 ans.

Passé lithiasique très chargé.

Cholécystite calculeuse avec grosse vésicule sentie par la palpation, mobile transversalement.

La radiographie (Dr Béclère), avait révélé un gros calcul. Opération le 29 mars 1909, par M. Gosset avec l'aide du Dr Desmarest. Anesthésie au chloroforme par le Dr Boureau. La vésicule, très distendue, est enlevée sans ouverture préalable. Rien dans le canal commun. Cholécystectomie faite de bas en haut. Fermeture du cystique. Un drain au contact. Durée de l'opération 29 minutes.

Guérison simple. La vésicule contenait un gros calcul du volume d'un œuf de pigeon (celui que la radiographie avait révélé) et un grand nombre de petits calculs à facettes.

Le malade est actuellement en bonne santé et n'a jamais plus souffert de son foie.

Observation nº 19.

(Résumée *in Journal de Chirurgie*, juillet 1911).

M. O..., 55 *ans* (*malade de M. le Dr Armand Delille*).

Cholécystite calculeuse. 475 calculs dans la vésicule. Cholécystectomie et fermeture du cystique. Guérison.

Opération le 23 juillet 1899 par M. le Dr Gosset, avec l'aide du Dr Desmarest. Anesthésie au chloroforme par le Dr Boureau. Très grosse vésicule enlevée du col vers le fond. Fermeture du cystique, drainage au contact. Durée de l'opération, 28 minutes.

Guérison ; sortie 18 jours après. Malade revue le 25 novembre 1910, ayant eu quatre jours auparavant une colique hépatique. Celle-ci ne dure que deux jours. Un régime approprié est indiqué. Le malade fait ensuite une cure à Vichy. Depuis, il n'a plus eu de coliques hépatiques.

Observation nº 20.

(Publiée *in Journal de Chirurgie*, juillet 1911).

Cholécystite calculeuse. Cholécystectomie.

Malade âgée de 40 ans, opérée à l'Hôtel-Dieu, le 20 août 1909 par M. Gosset, dans le service du Dr Guinard.

Plusieurs gros calculs dans la vésicule augmentée de volume. Cholécystectomie de bas en haut. Guérison.

Observation nº 21.

(*in Journal de Chirurgie*, juillet 1911).

M. M..., 49 ans. *Opéré le 28 septembre 1909, par M. Gosset.*

Incision de Kehr. Grosse vésicule distendue enlevée en bloc de bas en haut. Pas de calcul dans le canal commun. La vésicule ouverte après l'opération contenait trois gros calculs et dix petits.

Guérison et sortie le 1er novembre.

Observation nº 22.

Mme L..., opérée à la maison de santé de la rue Bizet par M. Gosset, pour une cholécystite calculeuse chronique, le 3 janvier 1911.

Cholécystectomie du fond vers le col.

Ligatures isolées du cystique au ras du cholédoque et du pédicule vasiculaire.

Suites opératoires très simples. La malade sort guérie le 23 janvier.

La guérison s'est maintenue.

Observation n° 23.

(*in Journal de Chirurgie*, juillet 1911).

M^me^ R..., 45 *ans. Entrée à la maison de santé de la rue Bizet le 27 janvier* 1911.

Coliques hépatiques depuis dix-sept ans, sans fièvre, sans ictère. Opération le 28 janvier 1911, par M. Gosset, avec l'assistance de D^rs^ Desmarest et Dumont, en présence des D^rs^ Bloc et de Sard. Anesthésie au chloroforme, par le D^r^ Boureau. Incision de Kehr. On voit aussitôt saillir du ventre une vésicule « érigée » à travers la paroi de laquelle on sent un grand nombre de calculs. Dans le cystique, gros calcul du volume d'une noix. On cherche à faire la cholécystectomie de bas en haut, mais, comme la vésicule est très longue, très distendue, on trouve plus aisé de décoller de haut en bas, ce qui a l'inconvénient de faire couper plusieurs fois les mêmes artères. Au moment où le décollement atteint la dilatation du col, la vésicule, très adhérente, se rompt au cours de la libération. On l'enlève aussitôt avec les calculs qui s'en échappent. La bile vient par le moignon du cystique et il ne reste plus de calculs. On termine en liant les artères au catgut et en fermant par un petit surjet au catgut le moignon du cystique que l'on enfouit sous un second surjet à l'aide des débris de la séreuse de la vésicule. Drain n° 30 et mèche. Durée de l'opération vingt-sept minutes. Nombre de calculs, 175, pesant 50 grammes.

Guérison. Sortie le 23 février 1911.

Deux mois après, la malade eut une crise franche de colique hépatique. Elle fut soumise alors à un régime approprié. Elle alla faire une cure à Vichy. en mai.

Depuis, elle n'a plus jamais souffert et se porte bien.

Observation n° 24.

(*in Journal de Chirurgie*, juillet 1911).

D^r^ H. K..., 50 *ans, entré le 6 février* 1911, *à la maison de santé de la rue Bizet.*

Soigné par le D^r^ Lion depuis plusieurs mois, pour des crises pseudo-angineuses rapportées à l'estomac, sans qu'aucun phénomène ait attiré l'attention du côté du foie ni de la vésicule. Ultérieurement, crise de cholécystite pour laquelle il est vu par MM. Widal et Oettinger.

Opération le 10 février 1911, par M. le D^r^ Gosset, avec l'aide des D^rs^ Desmarest et Dumont. Anesthésie à l'éther par le D^r^ Boureau. Assistaient à l'opération : Prof. Widal et D^r^ Oettinger. Incision de Kehr. Grosse vésicule distendue et débordant le foie, dont la ponction

retire 100 grammes environ de bile et qui contient, en outre, un gros calcul perceptible à travers la paroi. Cholécystectomie de haut en bas. Ligature séparée du cystique et des artères. Cholédoque libre, à paroi cependant légèrement épaissie au niveau du confluent. Drain n° 30, au contact du cystique, flanqué d'une mèche. Durée de l'opération, 35 minutes.

Mort au bout de 48 heures, avec phénomènes de myocardite et anurie. L'autopsie n'a pu être faite.

Observation n° 25.

(*in Journal de Chirurgie*, juillet 1911).

Sœur V..., opérée par M. Gosset à la maison de santé de la rue Bizet, avec l'aide du Dr Desmarest et en présence du Dr Jalaguier, le 11 février 1911.

Anesthésie au chloroforme par le Dr Boureau. Incision de Kehr. Vésicule débordant le foie de deux travers de doigt, à parois épaisses, très adhérente au colon transverse, paraissant vide (la malade a rendu une série de calculs par l'intestin, le dernier il y a quelques jours). On découvre le cystique, le cholédoque et l'hépatique. On sectionne le cystique au ras du cholédoque et on fait la cholécystectomie de bas en haut, avec ligature isolée de l'artère. L'exploration extérieure du cholédoque le montre libre. Drain n° 30 et mèche.

Guérison. La santé de la malade est actuellement excellente.

Observation n° 26.

(*in Journal de Chirurgie*, juillet 1911).

Mme A. S., 39 ans, ayant des coliques hépatiques depuis deux ans, s'accompagnant, dans ces derniers temps, de décoloration des matières et d'urines acajou, entre à la maison de santé de la rue Bizet le 23 mars 1911.

Opération le 24 mars 1911, par M. le Dr Gosset, avec l'assistance des Drs Desmarest et Dumont. Anesthésie à l'éther par le Dr Boureau. Incision en dehors du muscle droit du côté droit. Foie très abaissé. Vésicule débordant de deux travers de doigt, distendue par des calculs. On sent un autre calcul, plus gros, au niveau du cystique. Ablation de la vésicule de haut en bas et ligature en un seul paquet des artères et du cystique. Drain n° 30 au contact et mèche. Appendicectomie complémentaire (appendice scléreux à sa pointe). Durée de l'opération, 20 minutes.

Guérison. Sortie le 12 avril 1911.

La vésicule, ouverte, contenait trois calculs à facettes, du volume d'une noisette chacun.

Observation n° 27.

Mme F..., entrée à l'hôpital privé le 13 mai 1911.

Fièvre typhoïde à quatorze ans. Deux pleurésies à neuf et dix-huit ans. Mariée à vingt ans, a eu sept grossesses avec trois accouchements et quatre fausses couches toutes vers le deuxième mois.

En 1891, première crise de coliques hépatiques caractérisées par de la douleur, des vomissements bilieux. Pas d'ictère, pas de fièvre. Cette crise de courte durée a cédé spontanément, et depuis, sans suivre le moindre régime, la malade est restée bien portante pendant près de dix ans. En 1900, elle a subi, pour salpingite, la castration double sans hystérectomie.

Les crises de coliques hépatiques ont reparu vers 1901-1902. Elles se sont surtout multipliées depuis cinq à six ans. Elles surviennent de façon irrégulière. Tantôt, il y en a deux ou trois toutes les semaines et parfois aucune pendant plusieurs mois. Mais la malade, entre temps souffre toujours dans l'hypocondre droit, dans le bras droit. C'est une douleur sourde exacerbée à l'occasion de la fatigue, de la moindre émotion.

Les crises sont actuellement moins fortes qu'autrefois, mais l'état de malaise est persistant. Jamais la malade n'a eu d'ictère. Depuis six mois, l'amaigrissement est très marqué. Elle n'a pas d'appétit. Jamais elle n'a eu de fièvre.

Les urines sont boueuses, souvent, avec une odeur âcre insupportable.

A la palpation, l'hypocondre droit est très douloureux. On ne perçoit pas la vésicule. Le foie ne déborde pas les fausses côtes. La région appendiculaire est très sensible à la palpation. L'état général est bon.

Opération le 19 mai 1911, par M. le Dr Gosset. Aides : MM. Desmarest et Dumont. Anesthésiste : M. Boureau. — Incision de Kehr. Femme à paroi abdominale grasse, dormant mal.

Le foie est un peu abaissé. Les conditions de l'opération sont assez difficiles. La vésicule est distendue, débordant le foie de trois travers de doigt. Comme le cholédoque est très profond, on fait la cholécystectomie de haut en bas. On sent au niveau du cystique des concrétions calculeuses.

Ligature à cause de la profondeur en un seul pédicule du cystique et de l'artère cystique. L'exploration extérieure du cholédoque ne

révèle rien d'anormal. On termine en mettant un drain nº 40 au contact du moignon et une mèche.

Tout le petit bassin est rempli d'adhérences englobant l'appendice qu'on n'enlève pas, la malade semblant assez fatiguée. Fermeture de la paroi en deux étages au catgut chromé avec deux fils de bronze de soutien. Durée de l'opération vingt-huit minutes.

La vésicule ouverte contenait de la bile très épaisse et noire et treize petits calculs.

Suites normales. Le drainage est supprimé progressivement. La malade sort le vingt-cinquième jour, guérie, mais encore fatiguée. On a eu depuis des nouvelles de la malade qui ne souffre plus jamais et se porte admirablement.

Observation nº 28.

(Résumée *in Presse Médicale*, 15 mars 1913.)

Mme P..., entrée à l'hôpital privé le 29 mai 1911.

Cette dame est envoyée par le professeur Landouzy, avec le diagnostic de calcul du cholédoque. La veille de son opération, elle évacue un calcul du volume d'un pois.

Opération le 9 juin 1911. Dr Gosset. — Incision de Kehr. La vésicule est flasque ; on l'attire au dehors et dans le cystique on constate par la palpation extérieure un petit calcul rond comme un pois. On dénude le cystique, le cholédoque et l'hépatique, et une fois le trépied bien reconnu, on coupe le cystique au ras du cholédoque. Le cholédoque n'est pas très dilaté. On explore avec un stylet son bout inférieur, on pénètre jusque dans le duodénum sans rien rencontrer, on explore par la palpation l'hépatique et on ne constate pas de calcul. On lie le cystique au ras du cholédoque, on lie à part le pédicule vasculaire de la vésicule et on fait une cholécystectomie simple. Celle-ci a été amorcée de haut en bas et terminée de bas en haut. Drain nº 40 au contact du moignon, trois mèches, fermeture de la paroi musculaire au catgut chromé.

Suites opératoires des plus simples, le drainage est complètement supprimé le dix-huitième jour. La malade sort guérie le trente-troisième jour.

Observation nº 29.

(Résumée *in Journal de Chirurgie*, juillet 1911).

Mme L..., 59 ans.

Depuis 1873 a présenté une série de crises douloureuses avec vomis-

sements, qui ont été qualifiées de crises gastralgiques, mais qui rétrospectivement semblent bien avoir été des crises de coliques hépatiques, frustes sans ictère. Depuis 1896, les crises ont pris nettement le caractère de coliques hépatiques, elles sont apparues en 1898, 1899, en 1901, 1903, en 1907 et en 1908. Elles s'accompagnent de poussées aiguës de névrite du plexus brachial. En septembre 1909, crise légère ne durant que douze heures sans ictère et suivie de l'expulsion d'un calcul à facettes gros comme un grain de maïs. Toutes les crises précédentes ont présenté des caractères d'accidents mécaniques sans phénomènes infectieux, sans fièvre, le plus souvent sans ictère et avec expulsion de calculs constatée. Dans l'intervalle des crises, la santé est excellente, aucune lésion viscérale ni cardiaque, ni pulmonaire, ni rénale. Pas d'artério-sclérose. Le 21 mars 1910, débute une nouvelle crise qui est d'abord, comme les précédentes sans fièvre et sans ictère, mais cette crise traîne en longueur, les douleurs persistent très violentes, les vomissements se répètent, il n'y a pas de calcul expulsé dans les fèces. Au bout de quelques jours, on constate que la vésicule biliaire se dilate, forme une masse globuleuse à contours très nets descendant jusqu'au niveau de l'ombilic. Le foie est un peu abaissé et semble augmenté de volume, la palpation n'est pas douloureuse, il n'y a pas d'ictère, pas de frissons. Le 1er avril, les douleurs se calment ainsi que les vomissements, la température redevient normale, l'état général est excellent, mais la vésicule reste aussi volumineuse. A partir du 6 avril, les douleurs reparaissent avec des poussées d'ictère et de la fièvre, et des troubles digestifs très marqués. On intervient le 8 avril 1910.

Opérateur, M. Gosset; aides, MM. Desmarest et Dumont; anesthésiste, M. Boureau. — Incision de Kehr. On va au foie; le sillon vésiculaire est complètement masqué par des adhérences à l'épiploon et au colon transverse. On libère ces adhérences et on tombe sur une vésicule grisâtre du volume d'une grosse poire distendue. On la ponctionne et on enlève à peine quelques grammes de liquide car elle est farcie de calculs. On libère la vésicule de haut en bas, on met en évidence le cystique très induré. Section de cystique entre deux pinces de Kaucher, puis on isole l'artère cystique et on la lie. On lie au catgut le moignon du canal cystique ; un drain n° 40 au contact du moignon, trois mèches, fermeture de la paroie à la soie.

Les suites opératoires furent normales. Le drainage complètement supprimé le vingtième jour. La malade sortit guérie le vingt-sixième jour, mais cette vésicule qui renfermait 473 calculs, présentait sur son fond une plaque de cinq millimètres indurée, de nature douteuse,

qui fut reconnue à un examen microscopique pratiqué ultérieurement pour un épithélioma et la malade mourut d'une généralisation au foie six mois après l'opération.

Observation n° 30.

(Résumée *in Journal de Chirurgie*, juillet 1911).

Mme D..., entrée à la maison de santé de la rue Bizet le 5 avril 1910.

Malade âgée de 63 ans, ayant un passé lithiasique très chargé et venant avec le diagnostic de cholécystite chronique.

Longtemps elle a souffert de l'estomac et a été soignée pour des crises dyspeptiques.

Au mois de septembre 1908, elle eut une première crise de coliques hépatiques nettement carcatérisée avec subictère, mais sans élimination de calculs dans les selles. Les urines sont foncées mais n'ont pas nettement la couleur acajou. La température ne s'est pas élevée.

Depuis cette époque, la malade a eu une série de crises survenant à intervalles assez rapprochés ; un séjour à Vichy n'y a rien fait, pas plus qu'un régime alimentaire très strict (lait écrémé pris de dix minutes en dix minutes par cuillerée à soupe). La malade a maigri de dix kilogs de décembre 1908 à décembre 1909, et depuis le mois de janvier 1910 jusqu'au moment de l'opératoin, elle a perdu six kilogs. A l'examen, la région vésiculaire est très douloureuse. On sent une tuméfaction grosse comme le poing dans la région. Dans ces conditions, devant l'insuffisance du traitement médical, les crises devenant presque subintrantes, la malade s'amaigrissant, les médecins lui conseillèrent l'intervention chirurgicale, malgré son affaiblissement et son âge.

Opération le 5 avril 1910, par M. le Dr Gosset. — Incision de Kehr. La vésicule dépasse un peu le bord du foie, mais est moins distendue qu'elle n'avait paru à l'examen. Elle adhère à l'angle droit du colon. On libère ces adhérences. A l'intérieur de la vésicule, on sent une série de petits calculs, et on en sent un volumineux au niveau du cystique. Libération de la vésicule du fond vers le col. On la décolle du foie au bistouri. La surface hépatique saigne très peu. On arrive ainsi jusqu'au carrefour des voies biliaires. L'exploration ne révèle rien sur le cholédoque ou sur l'hépatique.

On sectionne le canal cystique ; puis on repère le pédicule vasculaire et on le sectionne après l'avoir lié. Ligature du cystique au catgut Un drain n° 30 est placé au contact du moignon vésiculaire et une mèche de gaz aseptique tamponne le fond de la vésicule. Fermeture de la paroi en un seul étage à la soie.

Suites opératoires extrêmement simples. Ablation de la mèche

le sixième jour. Le drain est changé le huitième jour, supprimé le dix-neuvième jour. La malade sort cicatrisée le vingt-neuvième jour.

La guérison s'est maintenue.

Observation n° 31.

(Résumée *in Journal de Chirurgie*, juillet 1911).

Mme de R..., 37 ans. Entrée à la maison de santé de la rue Bizet le 9 avril 1910.

Il y a douze ans, à la suite d'un accouchement, la malade a eu une première crise de coliques hépatiques. La malade fait, quelque temps après, une saison à Vichy. La santé redevient excellente.

Il y a quatre ans, à la suite d'un nouvel accouchement et d'une année de surmenage, la malade a plusieurs crises répétées avec amaigrissement rapide.

En 1908, au cours d'une grossesse, les crises se répètent tous les deux ou trois jours, mais cessent pendant le neuvième mois de la grossesse.

Depuis cette époque, les crises se répètent toutes les deux ou trois semaines. Deux cures à Vichy apportent un grand soulagement, mais à ce moment on constate une sensibilité particulière de la vésicule, de la décoloration des matières fécales et une coloration acajou des urines.

Depuis deux mois, la douleur est très vive au niveau de la vésicule. Une dernière crise très violente survient il y a trois semaines. Depuis, la malade garde le lit. La température reste normale.

A l'examen, on peut constater une tumeur grosse comme le poing entre l'estomac et la crête iliaque droite, bosselée, résistante et très douloureuse à la palpation.

Intervention le 13 avril 1910. Opérateur M. le Dr Gosset. — Incision de Kehr. Très grosse vésicule qu'on libère du fond vers le col et que l'on amène très facilement au dehors. Le cas est simple, il n'y a pas d'adhérences, on n'a pour ainsi dire qu'à cueillir la vésicule. On sectionne rapidement entre deux pinces ce qu'on croit être le cystique et on lie à part l'artère. Au moment où on retire la pince qui est, croit-on, sur le moignon du cystique, pour faire l'exploration du canal commun, on s'aperçoit que ce qui a été coupé est le cholédoque. Le cholédoque est normal, non dilaté, souple.

Suture bout à bout de l'hépatique et du cholédoque, à la soie très fine. Drainage au contact. La vésicule enlevée pèse 135 grammes. Guérison et sortie au trente-et-unième jour. La guérison persiste depuis.

Observation n° 32.

M^me F..., 53 ans. Entrée à la maison de santé de la rue Bizet le 18 mai 1910, pour une cholécystite calculeuse.

Depuis 1905, cette dame souffre de coliques hépatiques avec ictère et vomissements. Les crises surviennent de plus en plus fréquemment depuis deux ans. Les dernières crises s'accompagnent de fièvre, elle a maigri de onze kilogs en quatre mois.

M. Gosset voit la malade le 1^er mars 1910 avec M. Chauffard. On constate un ictère intense avec décoloration des matières fécales, un foie déformé dont le lobe droit ptosé ballotte au palper bi-manuel. Il est douloureux à la palpation avec un point cystique très douloureux ; les urines contiennent des traces d'albumine, la tension artérielle est normale. La malade est soumise au repos au lit et au régime lacté pendant un mois, l'ictère disparaît, mais la douleur au niveau de la vésicule persiste.

Opération le 21 mai 1910. Docteur Gosset. Aides : MM. Desmarest, Dumont. Anesthésiste, M. Bourcau. — Incision de Kehr. On arrive sur un foie très abaissé qu'il est facile d'éverser. Le bord antérieur est dépassé par la vésicule qui est grosse comme une figue, elle est bourrée de calculs, elle adhère par sa face antérieure à l'épiploon et au colon transverse. Par sa face supérieure, elle adhère très intimement au tissu hépatique. On est obligé de la sculpter dans le tissu hépatique. On déchire un peu la paroi vésiculaire, par cette brèche il s'écoule un peu de pus et quelques calculs. On libère complètement la vésicule du fond vers le col. On reconnaît le canal cystique dur, épais, peut-être oblitéré. Ligature au catgut de l'artère cystique, du moignon cystique. Drain n° 40 au contact du cystique, deux mèches, on explore les voies biliaires principales, elles ne renferment aucun calcul et sont souples. Fermeture de la paroi en un seul plan.

Les suites opératoires sont marquées par des phénomènes inquiétants. La température monte le quatrième jour à 39°8. La malade présente des signes de congestion pulmonaire, mais tout finit par s'arranger et la malade sort guérie le vingt-deuxième jour. Les mèches ont été enlevées le sixième jour et le drain le treizième jour.

Observation n° 33.

(*in Journal de Chirurgie*, juillet 1911).

M^me D..., 43 ans, opérée le 23 juin 1910, à la Charité, par M. le D^r Gosset, dans le service du D^r Demoulin.

Cholécystectomie de bas en haut pour cholécystite calculeuse,

chronique. La vésicule libre d'adhérence renfermait de la bile et un certain nombre de calculs. Drain et mèche dans la cavité laissée par l'ablation de la vésicule.

Guérison après congestion pulmonaire.

OBSERVATION N° 34.

(Résumée in *Journal de Chirurgie*, juillet 1911).

Mme S..., opérée à la maison de santé de la rue Bizet le 5 novembre 1910, 32 ans.

Souffre depuis l'âge de vingt-cinq ans de troubles dyspeptiques consistant en douleurs survenant par crises avec vomissements et nausées. En 1903, ces crises ont revêtu le caractère de coliques hépatiques. De la fin de 1903 au mois de mars 1910, les crises ont disparu ; elles ont reparu le 22 mars dernier très violentes, revenant tous les jours, s'accompagnant de subictère. Une cure à Vichy faite à ce moment n'a rien fait. A l'examen, on constate l'existence d'une vésicule biliaire dilatée débordant le foie qui est lui-même très volumineux. La palpation est extrêmement douloureuse, il y a de la défense musculaire ; on l'opère le 5 novembre.

Opérateur M. Gosset ; aides : MM. Desmarest et Dumont ; anesthésiste : M. Boureau. — Incision de Kehr. La vésicule déborde le foie de trois travers de doigt. On sent à travers la paroi un calcul gros comme une noisette au niveau du col. On cherche à isoler le cystique et le cholédoque que l'on voit très bien, mais on est obligé de ponctionner la vésicule qui gêne par son volume. On retire quelques grammes d'une bile épaisse et purulente. On libère le cystique complètement, on le sectionne entre deux pinces tout contre le cholédoque, on libère la vésicule, on isole le pédicule vasculaire et on le lie. La vésicule étant complètement enlevée, le lit hépatique saigne un peu. Un drain n° 30 au contact du moignon, deux mèches, fermeture de la paroi à la soie. Ablation du drainage le quatorzième jour, sort guérie le quinzième jour. La malade a été revue bien portante en janvier 1913.

OBSERVATION N° 35.

Mme P..., 39 ans. Entrée à l'hôpital privé le 5 février 1912.

Jusqu'en novembre 1906, cette dame a toujours été bien portante, souffrant seulement parfois de troubles digestifs légers. Elle a eu un enfant en 1899. Il y a cinq ans, en novembre 1906, elle a été prise brusquement, un soir après le repas, d'une crise douloureuse très vive

dans la région de l'estomac avec irradiation dans le dos et dans l'hypochondre droit. Pas de vomissements ; cette douleur dure plusieurs heures et se calme spontanément. Pas d'ictère les jours suivants. Depuis ce moment, les crises se sont répétées d'abord tous les quinze jours, puis tous les huit jours, de plus en plus fortes. Les crises, il y a deux ans, en étaient arrivées à se répéter tous les jours, malgré les régimes et les médicaments les plus variés. Il y a un an, la malade a eu un répit pendant quatre ou cinq mois, puis les crises ont reparu et n'ont plus cessé. Actuellement, elles se répètent une fois par semaine, quelquefois tous les dix jours. La malade n'ose plus manger, elle a beaucoup maigri, la moindre émotion ou fatigue suffit à réveiller une crise. A l'examen, le foie n'est pas abaissé, la palpation de la région épigastrique et du flanc droit est extrêmement sensible, il y a de la défense musculaire très nette au niveau de la partie supérieure du grand droit de l'abdomen du côté droit. Aussi est-il impossible de sentir la vésicule. Le cœur et les poumons sont sains, il n'y a rien dans les urines.

Opération le 14 février 1912. Opérateur Dr Gosset. — Incision de Kehr, foie non abaissé, vésicule débordant légèrement le foie, en la palpant extérieurement on perçoit de suite un calcul au niveau du cystique. On va explorer le cholédoque et l'hépatique qui ne présentent rien d'anormal. Pincement du cystique entre deux pinces, section isolée du cystique et du pédicule vasculaire ; cholécystectomie du col vers le fond, la vésicule étant enlevée sans l'ouvrir, on sent nettement deux calculs à son intérieur), ligature isolée des deux pédicules (canal cystique et artère cystique). L'appendice long et enflammé à la pointe est enlevé au thermo. Drain n° 20 au contact du moignon du cystique. Fermeture de la paroi abdominale en un seul plan au catgut chromé, soies sur la peau. Suites opératoires normales à part un peu de congestion pulmonaire au quatrième jour. Le drainage est supprimé le douzième jour.

La malade sort guérie.

Observation n° 36.

Mme M..., 51 ans. Entre à l'hôpital privé le 1er mars 1912.

Malade qui a présenté de nombreuses crises de coliques hépatiques, avec réaction fébrile lors des dernières crises. Présente à son entrée à l'hôpital les signes d'une cholécystite aiguë. Soumise à un traitement approprié, elle ne tarde pas à aller mieux. Les phénomènes aigus sont calmés au bout de quatorze jours de traitement.

Intervention le 20 mars 1912 par M. le Dr Gosset. Cholécystectomie du fond vers le col. Vésicule distendue à parois épaisses. Calculs dans le cystique. Un drain, une mèche au contact du moignon cystique.

Suites opératoires normales. La malade sort complètement cicatrisée le vingt-quatrième jour.

Observation nº 37.

M. C..., opéré par M. le Dr Gosset à la maison de santé de la rue Bizet le 23 mars 1912.

Malade ayant un lourd passé lithiasique (coliques hépatiques répétées, troubles digestifs), grosse vésicule.

Incision de Kehr. Cholécystectomie de bas en haut. Vésicule pleine de calculs et de liquide brunâtre. Section du cystique. Décollement de la vésicule de haut en bas. Ligatures isolées du cystique et des pédicules vasculaires.

Guérison. Le malade a été revu dernièrement en parfaite santé.

Observation nº 38.

Mme E..., Opérée le 23 avril 1912 *par M. Gosset, à la maison de santé de la rue Bizet.*

Cholécystite chronique et adhérences épiploïques post-opératoires. — Incision de Kehr incomplète. De suite apparaît la vésicule non distendue, contenant quelques calculs et sans adhérences. On enlève cette vésicule de bas en haut et on trouve deux artères cystiques : l'une en avant, l'autre au dessus. On va explorer la face profonde de la cicatrice appendiculaire et on constate à la partie supérieure un noyau épiploïque du volume d'une noix, adhérent à la paroi. On cherche à le libérer par le haut en profitant de l'incision de Kehr et on voit qu'on ne pourra l'enlever que difficilement, à l'aveuglette. On réincise au niveau de la cicatrice appendiculaire et on voit que le cœcum est descendu dans le pelvis, distendu, sans adhérence, et qu'il existe, sur le colon ascendant, au niveau du coude droit, un paquet épiploïque complètement adhérent au colon. Ce n'est autre chose que le paquet épiploïque déjà mentionné. On est ainsi amené à réséquer dans son entier tout l'épiploon. Ligature de l'épiploon au catgut nº 2. On ferme les deux incisions à la soie, après avoir placé un drain nº 40 au contact du moignon vésiculaire et deux mèches dans la cavité.

Suites opératoires normales. Mais, quand on a revu la malade, on a constaté un léger degré d'éventration au niveau de la partie moyenne de la cicatrice.

Observation nº 39.

Mme T..., 52 *ans.*

Cette dame a été soignée pour des troubles lithiasiques depuis deux ans. Elle a été opérée, il y a quinze ans, d'une appendicite. A l'examen, on constate les signes d'une cholécystite calculeuse chronique avec, probablement, adhérences épiploïques au niveau de l'ancienne cicatrice.

Opération le 7 mai 1912, par M. Gosset.

Aides : MM. Desmarest, Bachy.

Anesthésiste : M. Boureau.

Incision sur le bord externe du grand droit, depuis le rebord des fausses côtes jusqu'à l'ancienne cicatrice que l'on enlève. A l'ouverture du péritoine, on constate, en effet, à la face profonde de la cicatrice, des adhérences. La face inférieure du foie étant exposée, on découvre une vésicule rétractée, cachée sous le foie, contenant au niveau du cystique un calcul du volume d'une noisette.

Cholécystectomie d'avant en arrière, du fond vers le col. La vésicule est libérée du foie. On dénude le cystique qu'on lie au ras du cholédoque et qu'on sectionne. On tend le pédicule vasculaire, qu'on sectionne après l'avoir pincé. Ligature de l'artère cystique. Drain nº 30 au contact du moignon du cystique et mèche dans la cavité. Puis on va au niveau de l'ancienne cicatrice et on constate que l'épiploon et le cœcum sont intimement fixés à la paroi par des adhérences. On libère ces adhérences. On fait une hémostase soignée. Et on suture la paroi en deux étages, à la soie. Suites opératoires très simples.

Guérison.

Observation nº 40.

M. B....., 39 *ans.*

Malade souffrant depuis 1897 de troubles hépatiques. Ces coliques hépatiques surviennent à intervalles variables. En 1912, crises de coliques hépatiques intenses avec ictère et fièvre. Entre le 7 octobre 1912 à la Maison de santé de la rue Bizet. La région vésiculaire est très douloureuse, le foie est augmenté de volume ; le malade présente de l'ictère, de la fièvre. La vésicule est sensible à travers la paroi.

Opération le 9 octobre.

Opérateur : M. Gosset.

Incision de Sprengel. — Le foie déborde le rebord thoracique, la vésicule adhère intimement au duodénum et au colon et est du volume d'une poire. On la ponctionne, on retire une bile très épaisse.

Cholécystectomie du fond vers le col, ligature du cystique et des vaisseaux. Un drain au contact du moignon et deux mèches.

Guérison.

Observation nº 41.

(Résumée *in Presse Médicale*, 23 mars 1913).

Mme M.... Entrée à l'hôpital privé, le 15 octobre 1912.

Cette dame a eu, il y a six ans, des crises de coliques hépatiques, puis, deux ans après, une nouvelle crise de coliques hépatiques très violente, à la suite de laquelle elle a présenté de l'ictère pendant quelques jours. Il y a trois ans, pendant vingt jours, elle souffrit de crises de coliques hépatiques subintrantes, sans fièvre, avec des pigments biliaires dans les urines. Cette année, elle a eu cinq crises de coliques hépatiques, les quatre premières ont été fortes, mais sans température et sans ictère et la malade pouvait sortir le lendemain. La cinquième crise s'est accompagnée d'une température élevée et s'est compliquée d'une forte congestion pulmonaire. Au cours de cette crise, la douleur a été particulièrement vive au niveau de la région vésiculaire. A l'entrée à l'hôpital, elle présente encore une température à 38º, de la douleur et de l'empâtement de la région vésiculaire, un peu de défense de la paroi qui empêche de sentir la vésicule. Il n'y a plus d'ictère. On la laisse soumise à un traitement médical pendant vingt jours et le refroidissement étant complètement obtenu, on l'opère le 7 novembre 1912.

Opérateur : Dr Gosset.

Aides : MM. Desmarest et Berger.

Anesthésiste : Dr Boureau.

Incision transversale et, comme la malade est grasse, que la vésicule est profonde, on adjoint un débridement vertical médian à la nouvelle manière de Kehr. La vésicule a le volume d'une poire allongée, à travers les parois on y sent une série de calculs, On met à nu le cholédoque qui a le volume de l'index, mais qui ne contient aucun calcul (à la palpation). On isole le canal cystique qui est normal dans son extrémité inférieure, on le prend entre deux pinces de Kocher et on le sectionne; on décolle de bas en haut, on met ainsi en saillie le pédicule vasculaire, on le pince, on le sectionne et on décolle très facilement toute la vésicule du col vers le fond. Le lit de la vésicule saigne un peu, aussi fera-t-on un tamponnement à la fin de l'opération. Détail intéressant, une fois la vésicule enlevée, on voit au niveau de son lit, sourdre un peu de bile d'un petit canalicule qui n'est pas le cystique. On le lie. Un drain nº 30, trois mèches, fermeture

de la paroi à la soie. Suites opératoires normales, ablation des mèches le neuvième jour, ablation du drain le quinzième.

La malade sort guérie le vingt-deuxième jour, la plaie étant parfaitement cicatrisée.

Observation n° 42.

M. F. B.., 41 ans. Malade entré à l'hôpital privé le 20 novembre 1912 pour cholécystite chronique.

A commencé dès 1900 à avoir des troubles dyspeptiques. Jouit, en dehors de cela, d'une bonne santé. En juin 1912, une première crise de coliques hépatiques éclate brusquement vers cinq heures du soir, avec douleur violente dans la région rénale droite, puis remontant dans la région scapulaire avec un point vertébral très douloureux et angoisse thoracique très pénible. Nausées, ballonnement abdominal. Cet état dure de six à sept heures et se calme sous l'influence de la morphine. Dans les jours qui suivent, il ne reste rien de cette crise : pas de douleur dans la région vésiculaire, aucun signe d'ictère. Mais dix jours après, retour d'une nouvelle crise semblable à la première. Depuis, les crises reviennent tous les deux ou trois jours. Une seule accalmie de dix jours pleins dans le milieu du mois d'août. Fait une saison à Vichy. On ne lui trouve pas de grosse vésicule. Le foie est normal. On pense à des poussées congestives de la vésicule avec présence d'un petit calcul dans le cystique. Malgré un traitement sédatif et un régime très sévère, les crises se reproduisent pendant toute la saison, mais deviennent plus longues et durent plusieurs jours. En octobre, dans une recrudescence de crises, les urines se foncèrent ; un peu de subictère apparut. Cette crise cessa brusquement et le malade se crut guéri. A la fin de novembre, apparition d'une nouvelle crise pour laquelle le malade entre à l'hôpital. La douleur dans la région vésiculaire est très vive. Elle s'accompagne d'un certain degré de défense musculaire. Il y a quelques nausées et vomissements. Le malade présente de l'ictère. La température est à 38°. Le pouls bat à 120. La palpation de la région vésiculaire ne révèle aucune tuméfaction. On met le malade au repos, à la diète lactée, avec des compresses chaudes sur le ventre et, huit jours après, quand les phénomènes douloureux sont à peu près calmés, on l'opère.

Opération le 29 novembre 1912 par le Dr Gosset.

Nouvelle incision de Kehr. Le foie est abaissé. La vésicule est rétractée sous la partie inférieure du foie. Les parois sont très épaissies, mais, elle-même, n'est pas très volumineuse. On ouvre la vésicule et,

de son intérieur, on retire cinq calculs muriformes du volume d'un petit pois. Le cystique est induré et fortement fixé au cholédoque, de sorte qu'il est difficile de le dénuder et de le charger sur une pince en premier. On est obligé de faire une cholécystectomie du fond vers le col. On fait dans la profondeur, avec difficulté, la ligature isolée du canal cystique et du pédicule artériel. La surface hépatique au niveau du lit de la vésicule saigne assez abondamment. On y met deux mèches ; un drain au contact du moignon du cystique. On ferme la paroi en deux étages à la soie.

Suites opératoires très simples. Le malade sort guéri le 16 décembre 1912.

Observation nº 43.

M. C...., chirurgien, 38 ans. Entre à l'hôpital privé, le 11 décembre 1912.

Antécédents héréditaires : Père et mère ayant un passé lithiasique très chargé. Un frère a eu des coliques hépatiques. Les deux sœurs ont également des coliques hépatiques.

Antécédents personnels : A eu une crise de coliques hépatiques à 26 ans, avec ictère. A 36 ans, fièvre typhoïde compliquée d'une petite embolie pulmonaire. Depuis six ans, la région vésiculaire reste extrêmement douloureuse. Cette sensation pénible est augmentée par les mouvements, le chemin de fer, l'auto. A l'examen, on constate une sensibilité particulière de la région vésiculaire. Le malade n'a jamais rendu de calcul dans les selles. Les urines sont normales.

Intervention le 13 décembre 1912.

M. Gosset, chirurgien.

Aides : MM. Desmarest et Caudrelier.

Anesthésiste : Dr Boureau.

Malade gras ; nouvelle incision de Kehr. — Foie non abaissé. Aspect normal. Vésicule affleurant le bord du foie, distendue, ne contenant pas de calculs. On la ponctionne et on en retire 100 grammes environ d'une bile très noire, épaisse. Ensuite on cherche à faire la cholécystectomie rétrograde. Mais les conditions étant mauvaises, on décolle la vésicule du fond vers son col. Le décollement se fait aisément. On dénude le cystique au milieu d'un méso graisseux. On sectionne le cystique tout contre le cholédoque. En tirant sur la vésicule, les artères vésiculaires cèdent en partie. Mais elles sont atrophiées et il ne s'ensuit qu'une très légère hémorragie. On ne trouve rien dans le cholédoque par la palpation extérieure. Ligature des pédicules vasculaires, du

canal cystique, d'une petite artère ascendante duodénale montant sur le côté droit du cholédoque. Un drain au contact ; une mèche ressortant par la partie supérieure de l'incision médiane, petit surjet au catgut appliquant sur le lit de la vésicule deux lambeaux de péritoine. Fermeture de la paroi à la soie en deux étages.

Suites opératoires très bonnes. Le drainage est enlevé progressivement. Le drain est supprimé le douzième jour. Le malade sort guéri le vingt-cinquième jour après l'opération.

Il a repris ses occupations et ne souffre plus du tout. L'état du tube digestif est excellent.

Observation n° 44.

Mme P... Entrée le 21 décembre 1912 à l'hôpital privé.

C'est une malade qui souffre depuis longtemps de coliques hépatiques. Deux séjours à Vichy ont fait diminuer les crises. Ces crises sont très douloureuses, sans fièvre. La malade a rendu souvent des petits calculs dans les selles, elle n'a jamais eu d'ictère, à peine une coloration jaunâtre des conjonctives. A l'entrée à l'hôpital, elle présente tous les signes d'une colique hépatique intense, avec de la fièvre (température 39° le soir) et sans ictère. A l'examen, on sent sous les fausses côtes, un empâtement large comme la main qui descend à quatre travers de doigt. Cet empâtement est douloureux, immobile ; le bord du foie est douloureux, surtout au niveau de l'épigastre. Le ventre est un peu ballonné, il y a de la défense musculaire.

Intervention le 15 janvier 1913.

Opérateur : M. Gosset.

Aides : MM. Berger et Bachy.

Anesthésiste : Dr Boureau.

Incision transversale mordant sur le muscle droit du côté gauche. La vésicule est intimement adhérente au foie, débordant celui-ci de trois travers de doigt adhérent au duodénum, au pylore et perforé au niveau de son contact avec le duodénum. Le foie adhère à tout le diaphragme, on le libère. On libère la vésicule du duodénum de la surface hépatique. Par la perforation sortent des calculs teinte d'émeraude. Finalement, on met à nu le cystique tout contre le cholédoque, on le sectionne entre deux pinces, on décolle de bas en haut, ligature isolée des vaisseaux. Un drain n° 30, deux mèches, fermeture de la paroi à la soie.

Suites opératoires normales. Ablation de la première mèche le sixième jour ; de la deuxième, le huitième. Ablation des drains définitive le vingt-quatrième jour.

La malade sort guérie le trentième jour. Elle a été revue en bonne santé en mars 1913.

Observation n° 45.

(Résumée *in Presse Médicale*, 15 mars 1913).

Mme M..., opérée le 28 janvier 1913 en présence de M. le Dr Leclère.

Passé lithiasique très chargé. Nombreuses crises de coliques pépatiques. Troubles digestifs (nausées, indigestion). Jamais d'ictère.

Opérateur : M. Gosset,

Aides : MM. Berger et Bachy.

Anesthésiste : Dr Boureau.

Incision de Sprengel. Découverte de la vésicule qui fait saillie dans la plaie. Le cystique renferme un calcul muriforme du volume d'une noisette. La vésicule est rétractée. Cholécystectomie de bas en haut. Ligature isolée du cystique et du pédicule vasculaire. Un drain au contact du moignon et deux mèches.

Guérison.

Observation n° 46.

Mme L..., 41 ans. Entrée à l'hospice d'Ivry le 16 août 1912, dans le service de chirurgie.

Il s'agit d'une malade atteinte de cholécystite calculeuse ancienne Depuis six ans, elle a eu toute une série de coliques vésiculaires, sans fièvre, sans ictère. Au début, cet état a été amélioré par un régime suivi scrupuleusement. Depuis six mois, l'état douloureux persiste. La malade est maigre. Le foie déborde légèrement les fausses côtes. La palpation permet de reconnaître une vésicule de moyen volume, dure au toucher, très douloureuse. Le cœur et les poumons sont sains, les urines sont normales.

Intervention le 24 août 1912, par M. le Dr Desmarest.

Incision de Kehr. La vésicule est découverte remplie de calculs. Ses parois sont épaisses. Cholécystectomie du fond vers le col. Le cystique est complètement dégagé. Section du cystique au ras du cholédoque. Ligature des vaisseaux et du cystique. Un drain et une mèche dans la cavité. Paroi à la soie.

Suites opératoires des plus simples. La malade sort guérie le 18 septembre. Elle a été revue en parfaite santé en février 1913.

Observation nº 47.

Mme F..., 57 ans. Entrée dans le service de chirurgie de l'hospice d'Ivry le 29 août 1912. *Opérée par M. Desmarest le* 31 *août* 1912.

Il s'agit d'une malade ayant présenté depuis douze ans une série de crises de coliques hépatiques s'accompagnant quelquefois d'ictère et de fièvre et de troubles digestifs intermittents, qui est entrée le 27 juillet 1912 dans le service de M. Sicard, qui la soigne pour une cholécystite calculeuse avec ictère, décoloration des matières, urines acajou. Sous l'influence du régime, l'ictère a complètement disparu. La température est restée normale pendant cette dernière crise.

A l'examen, dans le service, on trouve une malade amaigrie, au foie abaissé. On sent au niveau de la vésicule une tumeur ovoïde mal délimitée, mobile avec le foie dans les grands mouvements de respiration. Un point est très douloureux et correspond à peu près au col de la vésicule. Les autres appareils sont normaux.

Intervention le 31 août 1912 par M. Desmarest.

Incision de Sprengel. A l'ouverture du péritoine, on tombe sur une grosse vésicule adhérente par son fond au foie et par sa face inférieure à l'épiploon. On libère cette adhérence. Puis on sépare la vésicule, dont les parois sont extrêmement minces, du parenchyme hépatique. L'isolement du cystique qui renferme de la boue biliaire qui s'écoule sur des compresses (le bassinet de la vésicule ayant été ouvert) est assez difficile. En fin on la libère. On détruit quelques adhérences qui unissent le pylore au col de la vésicule. Section du cystique. Ligature du cystique et des pédicules vasculaires. Un drain au contact du moignon. Mèches sur la surface hépatique cruentée. Fermeture de la paroi à la soie.

Suites opératoires simples. Ablation du drain le quatorzième jour. Mais il persiste à la suite, une fistulette laissant écouler un peu de bile et de sang. La malade, qui est allée faire un séjour dans un asile de convalescence, rentre dans le service le 19 novembre 1912, où, sous l'influence d'un traitement, la fistule se ferme. Elle sort guérie et complètement cicatrisée le 2 janvier 1913.

Cholécystectomies, pour Cholécystite aiguë avec péricholécystite, faites en période apyrétique.

Observation nº 48.

M. G..., âgé de 35 ans.

Malade ayant eu trois crises de cholécystite calculeuse aiguë avec ictère léger et fièvre. L'une à la fin de décembre 1902, l'autre le 2 janvier 1903, et la troisième le 28 janvier 1903. En février 1903, les douleurs sont un peu calmées, mais à la palpation on trouve dans la région vésiculaire un empâtement douloureux du volume du poing, arrondi, immobile. Le foie est un peu augmenté de volume, la température est redevenue normale, le pouls est un peu rapide.

Cholécystectomie par M. Lejars.

Incision de Kehr. Grosse vésicule adhérente sur toute sa surface à l'épiploon et à l'angle de gauche du colon. Décortication progressive au cours de laquelle on trouve trois foyers extra vésiculaires (perforation de la vésicule à ce niveau), ponction. On retire 150 grammes de pus ; dissociation de la surface hépatique avec éraillure du tissu hépatique. Enfin, extraction de la vésicule par morcellements. Ligature des pédicules, réunion avec drains et mèche. La vésicule est épaissie, sa muqueuse est ulcérée, tomenteuse avec un gros calcul muriforme et un calcul au niveau du col.

Observation nº 49.

Mme V..., âgée de 52 ans, opérée le 2 février 1904 par M. Lejars.

Passé lithiasique remontant à dix ans, consistant en coliques hépatiques et en troubles digestifs très marqués avec un peu d'ictère. Depuis quatre ans, les crises qui avaient cédé à la suite d'un régime, réapparaissent ; la malade a de l'ictère, des vomissements et un peu de réaction péritonéale. Ces crises se renouvellent assez fréquemment, malgré cela l'état général reste bon en dehors des périodes de crises. En janvier 1904, nouvelle crise de douleurs, nouvel ictère. Cette fois, la malade ressent de grands frissons suivis d'un accès de fièvre. A l'examen, on trouve un foie très gros dépassant les fausses côtes d'environ quatre centimètres, le bord inférieur n'est pas très perceptible,

il se continue avec un empâtement douloureux dans lequel doit être la vésicule. Pas de point spécialement douloureux au niveau de la région pancréatico-cholédocienne. Le cœur est normal, le pouls un peu relenti à 64.

Opération. — Incision de Kehr. Vésicule moyenne très profonde cachée par des adhérences qui la relient à l'angle gauche du colon ; on l'ouvre au niveau de son fond et on trouve un gros calcul à facettes qu'on retire, puis un second calcul dans un diverticule intrapancréatique. La bile jaune flue librement. Résection de la vésicule, ligatures, deux petits drains au contact, réunion partielle.

Guérison.

Observation nº 50.

(Remise par M. Lejars).

Mme R..., 34 ans.

Est prise brusquement, au cours d'un voyage à Paris, d'accidents abdominaux caractérisés par des vomissements, des douleurs surtout accusées à droite, de la fièvre (38°5-39°), un léger subictère. On pense d'abord à une crise d'appendicite, mais la localisation sous-hépatique des douleurs se précise de plus en plus, et finalement on découvre sous le foie une vésicule assez nette, grosse, tendue qui paraît être le point de départ des accidents.

On apprend que de pareils accès se sont déjà produits à plusieurs reprises au cours des dernières années, et que, dans leurs intervalles, Mme R... ne cesse pas de souffrir au niveau de la région du foie et que depuis elle est sujette à des désordres gastriques répétés.

Au bout de quelques jours, sous l'influence du repos, de la glace, etc.. les phénomènes aigus disparaissent et dix jours après l'intervention était pratiquée.

Opération par M. Lejars.

Incision de Kehr. On trouve une grosse vésicule bourrée de calculs; la cholécystectomie est pratiquée, les grosses voies biliaires sont indemnes. Ligature du cystique et des pédicules vasculaires isolés. Péritonisation de la surface hépatique. Réunion sans drainage.

La guérison fut obtenue sans incident et la malade, au bout de six semaines, repartait pour l'Amérique. Nous avons appris depuis que sa santé était restée excellente.

Observation nº 51.

(*in Journal de Chirurgie*, juillet 1911).

Marie M..., femme Den..., 52 ans. Entre à l'hôpital Necker le 18 mai 1908, salle Lenoir.

Ictère il y a onze ans. Il y a trois mois, poussée de cholécystite avec fièvre et ictère atténué ; crise durant huit jours. Il y a dix jours, nouvelle crise semblable. A l'examen, on constate une grosse vésicule sans ictère.

Opération le 2 mai 1908, par M. le Dr Gosset.

Incision de Kehr. Face inférieure de la vésicule masquée par des adhérences qu'il faut libérer aux ciseaux. Section première du cystique entre deux pinces, et on essaie de décoller la vésicule de bas en haut ; on est obligé de renoncer à cette manœuvre, et on termine en libérant la vésicule du fond vers le col, et en liant au catgut le pédicule vasculaire. Ligature du cystique. La vésicule, ouverte ensuite, contient du pus et des calculs, dont l'un est du volume d'un œuf de pigeon ; parois de la vésicule très épaissies. Durée de l'opération : vingt-cinq minutes.

Guérison.

Observation nº 52.

(Résumée *in Presse Médicale*, 15 mars 1913.

Mme L. L..., opérée le 2 juillet 1912, à la maison de santé de la rue Bizet.

Souffre depuis longtemps de coliques hépatiques et a fait plusieurs crises de cholécystite avec péricholécystite. La dernière remonte à quatre semaines environ. Les phénomènes aigus sont calmés.

Opérateur : Dr Gosset.

Aides : Dr Guimbellot, Bachy.

Anesthésiste : Dr Boureau.

Incision de Kehr. Vésicule saillante, distendue le col de la vésicule adhère au duodénum, la ponction de la vésicule donne une boue biliaire épaisse, la palpation extérieure ne révèle pas la présence de calculs. Cholécystectomie du col vers le fond. La voie biliaire principale est libre, ligature séparée du cystique et de l'artère ; drain au contact du moignon du cystique, deux mèches. La vésicule ouverte montre une muqueuse infiltrée d'apparence ecchymotique, elle contient une bile épaisse du pus et des calculs petits et nombreux.

Guérison.

Observation nº 53.

F. R..., malade entrée le 22 octobre à l'hospice d'Ivry, en pleine crise de cholécystite.

Rien dans ses antécédents héréditaires ou particuliers. Il y a dix ans,

il a présenté une crise de coliques hépatiques qui dura quatre jours, à la suite de laquelle il conserva un état douloureux de la région vésiculaire pendant quelques mois.

Pendant dix ans, sa lithiase le laisse tranquille, ou ne se manifeste que par quelques troubles digestifs (indigestions, pesanteur d'estomac, gastralgie), survenant à intervalles assez éloignés.

Le 1er octobre 1912, brusquement le malade est pris d'une douleur violente, aiguë, lancinante, siégeant au niveau de l'hypocondre droit irradiant vers l'épaule droite, le thorax et l'épigastre. Des vomissements apparaissent, alimentaires et bilieux. Il accuse avoir eu quelques petits frissons et de la fièvre.

Le 22 octobre, quand on l'examine, on trouve que la douleur est un peu calmée. Mais la palpation de la région vésiculaire provoque une défense musculaire très nette. La température est aux environs de 38°, le pouls régulier bat à quatre-vingt-huit pulsations en moyenne à la minute. Le malade semble assez fatigué

Il existe un léger subictère avec coloration foncée des urines dans lesquelles on décèle des pigments biliaires.

La palpation de l'hypocondre droit révèle l'existence, au niveau de l'intersection du grand droit et du rebord thoracique, d'une tuméfaction irrégulière, très légèrement mobile avec les mouvements respiratoires, adhérente à la face inférieure du foie et se limitant mal des autres organes. Le foie est un peu augmenté de volume.

Un traitement approprié est institué : repos au lit, applications de compresses chaudes et de glace, alimentation lactée très restreinte. Cependant, par deux fois, surviennent des crises douloureuses. Le 15 novembre, la contracture musculaire a complètement disparu. La tuméfaction a diminué et la tumeur perceptible à travers la paroi peut facilement être mobilisée dans le sens transversal. L'état général du malade est très satisfaisant. Ses urines ne renferment pas d'albumine. La quantité de matières secrétées est suffisante.

L'intervention est faite par M. Gosset le 18 novembre 1912.

Opération. Nouvelle incision de Kehr.

L'estomac, l'épiploon, le bord antérieur du foie adhéraient au péritoine pariétal. On libère ces adhérences et on trouve quelques gouttes de pus crémeux. Ces adhérences libérées, on découvre le fond de la vésicule. Celle-ci a le volume d'une poire, est distendue par son contenu. On ne sent pas de calculs par la palpation extérieure.

On va directement au cystique que l'on voit très facilement sur une étendue de un bon centimètre. On le sectionne au ras du cholédoque après l'avoir lié au catgut. On décolle la vésicule du col vers le fond.

Ce décollement, malgré la péricholécystite, se fait très facilement. Ligature de l'artère cystique au catgut. Deux mèches, un drain nº 30.

Fermeture de la paroi à la soie en deux étages. Soies sur la peau.

Les voies biliaires principales explorées par la palpation extérieure sont reconnues absolument normales.

Suites opératoires très simples. Les mèches sont enlevées le septième et le dixième jour. Drain changé au douzième jour, supprimé le quinzième jour. Sort complètement cicatrisé le vingt-quatrième jour.

Revu en anvier 1913 en excellente santé. N'a plus le moindre accident. La cicatrice est excellente.

Observation nº 54.

Mme L..., opérée par M. Gosset, le 26 octobre 1912, pour une cholécystite calculeuse avec péricholécystite en période apyrétique.

Incision transversale qui mord un peu sur le muscle du côté opposé. Le foie ne déborde que très peu. On sent, cachée par le duodénum adhérant au foie, une vésicule biliaire rétractée contenant un beau calcul. On libère les adhérences ; alors, apparaît la vésicule. Le col est englobé dans un amas d'adhérences. Aussi, fait-on la cholécystectomie de haut en bas. Au préalable, pour se donner du jour, on ouvre la vésicule et on enlève le calcul. On achève le décollement de la vésicule, section du canal cystique, ligature des vaisseaux, ligature du cystique. Un drain au contact du moignon et deux mèches sortant par l'angle externe de la plaie. Fermeture de la paroi à la soie.

Suites opératoires normales, mais la malade présente une fistule qui ne se tarit pas. Une nouvelle opération pratiquée quelques mois après par M. Gosset, a amené la découverte d'un petit foyer biliaire qui ne se vidait pas. Cette intervention a été suivie de guérison complète.

Cholécystectomies secondaires à une Cholécystostomie

Cholécystectomie pour récidive de Cholécystite chez une malade ayant subi une Cholécystostomie et sortie guérie

Observation nº 55.

Mlle V..., opérée par M. Lejars, le 22 février 1912.

Malade âgée de 23 ans, entrée à l'hôpital pour une crise de cholécystite calculeuse, avecune légère élévation de température. Elle a été opérée, il y a quatre ans, par M. Garré, à Bonn, qui, d'après ce qu'elle rapporte, lui a fait une cholécystostomie qui s'est fermée spontanément, assez rapidement. Elle n'a plus souffert de sa vésicule pendant trois ans et demi. Puis, des coliques vésiculaires ont refait leur apparition. La vésicule est très douloureuse à la palpation. On sent une zone d'empâtement au-dessous du foie. Pas d'ictère, par de fièvre.

Intervention.

Incision sur le bord externe du muscle grand droit. Aussitôt la paroi ouverte, on tombe sur des adhérences diffuses sous-hépatiques au milieu desquelles on finit par reconnaître la vésicule. On la ponctionne, il en sort une bile épaisse. Incision de la vésicule. On en retire un calcul à facettes. Décollement de la vésicule de haut en bas. Ablation de la vésicule. Ligature isolée du cystique et des pédicules vasculaires. Réunion avec drain et lamelle. Suites opératoires très simples.

Sort guérie le 18 mars 1912. A été revue en parfaite santé récemment.

Cholécystectomies pour fistules biliaires consécutives à une Cholécystostomie faite à chaud

Observation nº 56.

Mme M..., 51 ans, malade entrée le 5 octobre 1911, *dans le service de M. le Dr Lejars, à l'hôpital Saint-Antoine.*

Elle est soignée depuis une dizaine de jours dans le service de M. Vaquez, pour une cholécystite aiguë qui ne refroidit pas. L'état général s'est aggravé, la fièvre oscille autour de 39º, des vomissements apparaissent, la région hépatique est extrêmement douloureuse.

On perçoit à la palpation une vésicule biliaire augmentée de volume, fluctuante, très douloureuse à la pression. Une cholécystostomie pratiquée d'urgence amène la cessation des accidents ; mais on ne trouve pas de calcul à l'exploration. La fistule biliaire ne se ferme pas, il s'écoule de la bile et un peu de sable, et le 11 janvier 1912, sur les instances de la malade, M. Lejars pratique la cholécystectomie.

Incision sur le bord externe du muscle grand droit circonscrivant l'orifice fistuleux obturé avec des pinces. On décolle progressivement la vésicule biliaire attirée, on découvre un calcul dans le col ; ligature du cystique, ligature isolée du pédicule vasculaire, réunion avec drain et lamelles. La vésicule ouverte montre quatre calculs noirâtres et friables.

Suites opératoires normales, la malade sort guérie le 15 février, la plaie étant complètement cicatrisée. Elle a été revue l'année suivante en parfaite santé.

Observation n° 57.

M. L..., âgé de 54 ans.

Opéré le 5 décembre 1910 par M. Gosset, pour une cholécystite calculeuse aiguë avec péricholécystite. Ouverture d'un phlegmon pariétal et abouchement de la vésicule à la peau. Depuis, il persiste une fistule biliaire pour laquelle M. Gosset intervient le 30 novembre 1911. Cholécystectomie du fond vers le col. Ligature isolée du cystique et des vaisseaux. Réunion avec drainage de la cavité.

Suites opératoires simples. Guérison, qui s'est maintenue.

Observation n° 58.

M^me^ M..., entrée à l'hôpital privé le 7 novembre 1911, 44 *ans.*

Jusqu'en janvier 1911, n'a jamais souffert du ventre. Réglée tard, a eu une grossesse terminée à huit mois par accouchement d'un enfant mort. Bronchite chronique depuis quinze ans. Il y a trois ans, a souffert d'une crise d'appendicite qui a été refroidie par le traitement approprié, à la suite de quoi elle a refusé de se laisser opérer. En janvier 1911, elle est prise d'une douleur atroce dans la région du foie : frissons, pas de vomissements, pas d'ictère. Malgré l'application de glace et de compresses chaudes sur la région de l'hypochondre et un traitement approprié, la malade fit un volumineux abcès qu'il fallut ouvrir le 8 mai 1911 : issue de 300 grammes de pus sans bile (D^r^ Arrufat, de Béziers). La malade quitte la clinique au bout de six semaines, très amaigrie et très affaiblie. Les forces reviennent dans la suite. L'état

général est excellent, mais la fistule persiste et l'agace. Elle demande à être opérée.

On fait le diagnostic rétrospectif d'abcès appendiculaire.

La fistule se présente de la façon suivante : sur le milieu du droit antérieur du côté droit, existe une cicatrice de quinze centimètres environ, dont la partie moyenne répond à l'ombilic.

Intervention par M. Gosset, le 10 novembre 1911.

Incision de Mac Burney ; on constate que le cœcum et l'appendice sont libres. Celui-ci ne paraît pas malade. On l'enlève cependant. On va alors au péritoine pariétal, au point correspondant à la fistule cutanée, et on constate une masse du volume d'une noix tenant solidement à la paroi. Ce ne peut être qu'une vésicule. On prolonge l'incision par en haut. On constate, en effet, l'existence d'une grosse vésicule à parois indurées adhérente à la paroi. On détache ces adhérences. A travers le cystique on sent un gros calcul.

On fait une cholécystectomie de haut en bas. On lie à part l'artère cystique. On sectionne le cystique au ras du cholédoque et on le lie. La surface hépatique saigne peu, étant sclérosée. Drain n° 30 au contact du moignon, une mèche. Fermeture de la paroi en deux plans au catgut chromé. Soies sur la peau.

Durée trente-huit minutes.

La vésicule ouverte, à parois épaisses, renferme deux calculs du volume d'un œuf de vanneau.

Les suites opératoires sont assez graves. Les premiers jours, la malade faisait un peu de congestion pulmonaire qui s'est arrangée. La mèche est enlevée le septième jour, le drain et les fils le douzième jour.

Le dix-neuvième jour, elle refait une poussée de congestion pulmonaire qui se résout très bien et elle sort le vingt-deuxième jour.

Elle a été revue le 12 août 1912. Elle est en parfaite santé et ne souffre plus du tout. Son état général est excellent. A la palpation, on ne sent rien du tout au niveau de la région du hile du foie.

Observation n° 59.

(Résumée *in Presse Médicale.*)

*M*me *G..., entrée à l'hôpital privé, le 20 janvier* 1912.

Il s'agit d'une malade qui a subi une cholécystostomie pour une cholécystite aiguë supurée et qui conserve depuis ce temps une fistule biliaire. Dans la région du grand droit à la partie moyenne et au-dessous du rebord costal, existe une cicatrice verticale de dix centimètres environ. A la partie moyenne de celle-ci est un orifice fistuleux qui,

alternativement, se ferme et s'ouvre, livrant passage à une certaine quantité de mucosité incolore. A la palpation, à ce niveau, on sent la vésicule adhérente, le foie est légèrement abaissé. Pendant les périodes de rétention, la malade se plaint d'une douleur sourde et de digestions pénibles; quelquefois des poussées de température. Ces phénomènes cessent avec évacuation du liquide.

Opération le 24 janvier 1912.

Opérateur : Docteur Gosset.

Aides : MM. Desmarest et Gaimbellot.

Anesthésiste : M. Boureau.

Incision de Kehr circonscrivant dans sa partie moyenne l'orifice fistuleux de la vésicule biliaire. On pénètre dans le péritoine en espace libre, à la partie supérieure de l'incision, puis on libère la vésicule à sa partie interne où elle adhère à l'estomac, puis à sa partie externe. Finalement, on extériorise la vésicule avec une colerette cutanée. Cette vésicule contient un très gros calcul au niveau de son col, on libère très facilement les adhérences épiploïques et alors on met en vedette le cystique et de bas en haut on libère complètement la vésicule du parenchyme hépatique. Ligature du pédicule vasculaire et du canal cystique, drain au contact du moignon, deux mèches.

Suites opératoires normales : la malade sort guérie au vingt-troisième jour. La plaie est complètement cicatrisée. La malade a été revue en janvier 1913 en parfaite santé.

Cholécystectomies pour fistules biliaires spontanées

Observation nº 60.

M. J..., opéré par M. Gosset, en 1908, *à la maison de santé de la rue Bizet.*

Malade qui a fait plusieurs poussées de cholécystite calculeuse et qui, finalement, a eu une cholécystite aiguë qui s'est terminée par une ouverture spontanée à la paroi d'une collection. Il persiste une fistule livrant passage par intermittences à de la bile et à de petits calculs. Cholécystectomie.

Guérison. La guérison s'est maintenue.

Observation nº 61.

Mme A..., opérée par M. Gosset, le 20 mars 1909.

A la suite d'une cholécystite, cette malade présente une fistule

biliaire par laquelle s'écoulent de la bile et des petits calculs. Cette fistule n'a aucune tendance à se fermer. L'infection vésiculaire primitive est probablement d'origine éberthienne.

Cholécystectomie.

Guérison.

Observation nº 62.

*M*me *C...*

Malade présentant une fistule biliaire laissant écouler de la bile et quelques calculs. La cholécystite, cause de cette fistule, est de nature infectieuse. Elle est calculeuse secondairement.

Cholécystectomie le 14 mai 1909, par M. Gosset.

Guérison.

Cholécystectomies pour Cholécystites s'accompagnant de troubles digestifs marqués et complétées par une autre opération

Observation nº 63.

Mme J..., opérée le 26 janvier 1909, à la maison de santé de la rue Bizet, par M. Gosset.

Souffre depuis longtemps de troubles digestifs qui ont fait penser longtemps à une affection stomacale. Puis les signes de lithiase vésiculaire sont devenus manifestes et on a porté le diagnostic de cholécystite calculeuse. Elimination de calculs dans les matières fécales quelques jours avant l'opération.

Cholécystectomie du fond vers le col. Ligature séparée du cystique contre le cholédoque et du pédicule vasculaire. Un drain au contact du moignon, une mèche sur la surface hépatique sanguinolente.

La vésicule ne contenait pas de calculs. Mais elle présentait des adhérences avec le pylore, très marquées, et qui tiraillaient cet organe.

La malade est sortie guérie au trentième jour. Les nouvelles récentes qu'on a eu de cette malade sont excellentes.

Observation nº 64.

Mlle C..., 39 ans.

Opérée le 22 mai 1909, à la maison de santé de la rue Bizet, pour une cholécystite calculeuse et une appendicite.

Cholécystectomie du fond vers le col. Appendicectomie (M. Gosset).

La malade sort guérie. Mais dix-huit mois plus tard, elle meurt d'un sarcome du foie.

Observation nº 65.

(*in Journal de Chirurgie*, juillet 1911).

M. M. M..., 22 ans.

Malade qui a présenté depuis huit ans des troubles digestifs et qui était pris, en novembre 1910, de troubles abdominaux extrêmement graves ayant fait faire le diagnostic d'appendicite et de cholécystite. Pendant quinze jours, il est soumis à un traitement médical appro-

prié qui amène le refroidissement de la crise, il va se reposer chez lui pendant quarante jours et est opéré le 27 décembre 1910, à la maison de santé de la rue Bizet.

Opérateur : M. Gosset.

Aides : MM. Desmarest et Dumont.

Anesthésiste : M. Boureau.

Incision pararectale droite ; le foie est abaissé, il déborde le rebord thoracique de deux travers de doigt, la vésicule adhère par sa face inférieure à l'épiploon, au colon. On ponctionne la vésicule qui est pleine de bile, puis on la décolle du fond vers le col et on termine en liant en un seul pédicule le canal cystique et l'artère. Puis on met le malade en position inclinée, on va au cœcum, on l'amène dans l'angle inférieur de la plaie et avec lui un appendice coudé non adhérent ; appendicectomie. Au contact du moignon vésiculaire, un drain n° 30 et une mèche. Ferneture de la paroi en deux étages au catgut chromé.

Suites opératoires normales, ablation de la mèche le sixième jour, ablation du drain le dixième, le malade sort guéri le 13 janvier. Il a été revu en bonne santé en février 1913.

Observation n° 66.

(*in Journal de Chirurgie*, juillet 1911).

*M*me *de N..., 57 ans, est adressée à M. le* Dr *Gosset, à la maison de santé de la rue Bizet, par le* Dr *de Massary* (*2 février* 1911).

Coliques hépatiques depuis treize ans et demi, ayant débuté à la suite d'un accouchement (le quatrième), ne s'accompagnant jamais de fièvre ni d'ictère. Plusieurs attaques d'appendicite, dont deux très vives, au cours de ces derniers mois.

Opération le 10 février 1911, avec l'assistance des Drs Desmarest et Dumont, en présence des Drs Jalaguier et de Massary. Anesthésie au chloroforme par le Dr Boureau. Incision pararectale droite. Foie abaissé. On enlève de suite l'appendice qui plonge dans le petit bassin, qui est long, avec un méso gras et qui a la pointe un peu vascularisée et sclérosée. Ensuite on va au foie. Vésicule presque vide, présentant au niveau de son col un calcul du volume d'une noix sèche. Etant donné l'embonpoint de la malade, la longueur de la vésicule et l'incision, on doit se résoudre à faire la cholécystectomie de haut en bas, de proche en proche. On termine en liant le cystique à un centimètre du cholédoque et l'artère cystique qui est supérieure. On refait sur le moignon du cystique une seconde ligature. Drain n° 50 et mèche.

Guérison (sortie le 28 février).

Observation nº 67.

Sœur R..., opérée le 23 mars 1912, par M. Gosset, à la maison de santé de la rue Bizet.

Souffre depuis longtemps d'une cholécystite calculeuse et présente des troubles d'origine appendiculaire.

Cholécystectomie du fond vers le col. Ablation d'une grosse vésicule renfermant quarante-huit calculs à facettes.

Appendicectomie complémentaire.

Guérison.

La malade jouit actuellement d'une parfaite santé.

Observation nº 68.

Mme P.., opérée le 22 juin 1912, à la maison de santé de la rue Bizet.

Le diagnostic porté par les médecins est lithiase vésiculaire datant : de plusieurs années, et appendicite chronique.

Opérateur : M. Gosset.

Aides : MM. Guimbellot et Bachy.

Anesthésiste : M. Boureau.

Incision verticale le long du muscle droit. On tombe sur le colon ascendant, on attire le cœcum et résèque l'appendice, double de la longueur normale avec un rétrécissement à sa partie moyenne. La partie sous-jacente au rétrécissement est sclérosée et enflammée. Enfouissement du moignon appendiculaire.

Transformation de l'incision primitive en incision de Kehr. Libération de la vésicule du fond vers le col ; puis du canal cystique qu'on dénude. Section du cystique. On tend la vésicule et on tend au-dessous du col les artères qu'on sectionne entre deux pinces. Ligatures.

Exploration du cholédoque négative. Fermeture de la paroi à la soie avec un drain et deux mèches. La vésicule ouverte montre un gros calcul dans le cystique, neuf calculs dans la vésicule.

Suites opératoires normales.

Guérison.

Observation nº 69.

(*in Presse Médicale*, 15 mars 1913).

Mme M..., vient avec le diagnostic de cholécystite chronique et appendicite. Opérée à la maison de santé de la rue Bizet, le 24 septembre 1912.

Opérateur : M. Gosset.

Aides : MM. Desmarest et Berger.

Anesthésiste : M. Boureau.

Incision transversale de Sprengel. Foie abaissé. Vésicule abaissée, distendue. Pas de calculs dans la vésicule. Pas de calculs dans le cholédoque. Cholécystectomie de bas en haut. Appendicectomie (appendice scléreux à sa pointe). Drain au contact du cystique. Mèches. Ligature de l'artère épigastrique. Suture de la paroi à la soie.

Anesthésie à l'éther après scopolamine-morphine. Durée de l'opération : 30 minutes.

Observation n° 70.

(Publiée à la *Société de Chirurgie*, Séance du 30 octobre 1912.

Mme L..., 55 *ans, entrée à l'hôpital privé, le* 10 *octobre* 1912.

Il s'agit d'une femme de 55 ans, qui a présenté, de 20 à 40 ans, des crises douloureuses abdominales survenant tous les ans ou tous les deux ans, durant de une à trois semaines et considérées comme des crises hépatiques ; jamais d'ictère.

A l'âge de 37 ans, et pendant deux à trois jours, une attaque de goutte (?) et depuis cette époque on note une dizaine d'attaques semblables, la dernière datant du mois d'avril. Ménopause en avril 1912.

Les phénomènes douloureux actuellement accusés par la malade remontent à un an. Les douleurs, siégeant à droite et un peu au-dessus de l'ombilic, surviennent quatre à six heures après le repas de midi et du soir, durent pendant une heure et demie, avec irradiation dans la région dorso-lombaire, sans vomissements, avec conservation de l'appétit.

Constipation opiniâtre depuis un an. Pas d'amaigrissement.

A l'examen physique, on note une douleur fixe, en un point limité, à droite et un peu au-dessus de l'ombilic.

Pas de clapotage gastrique à jeun.

Le tubage à jeun ne ramène aucun débris alimentaire du repas fait douze heures avant. *Après repas d'Ewald*, on extrait péniblement vingt centimètres cubes de bouillie brune, dans laquelle l'analyse montre la présence très nette d'une certaine quantité de sang ; chimisme normal.

Examen radioscopique. — Pas de liquide à jeun. *a*) Dans la station verticale : estomac non dilaté ; contractions péristaltiques très marquées, rapides. L'évacuation du lait de bismuth se fait dès la fin de l'ingestion et paraît se poursuivre régulièrement et rapidement.

La palpation de l'estomac, sous contrôle de l'écran montre que la douleur est réveillée au niveau de la première partie du duodénum.

b) Dans le décubitus dorsal : contrairement à la normale, l'estomac présente une direction fortement oblique vers la droite.

c) Dans le décubitus ventral, mêmes particularités.

Dans les trois positions, on constate l'arrêt, au-delà du pylore, d'un bol bismuthé qui occupe vraisemblablement la première portion du duodénum. La fixité de la tache sombre en ce point peut s'expliquer par l'existence d'une dilatation du duodénum en amont d'un point rétréci. Quelle que soit, d'ailleurs, la position donnée à la malade, c'est toujours à ce niveau qu'on détermine au palper une douleur nette. C'est d'ailleurs à ce point que la malade rapporte les douleurs spontanées.

Le foie déborde les fausses côtes de deux travers de doigt, et il est impossible par la palpation de sentir la vésicule.

Cette malade est adressée à M. le Dr Gosset, le 14 octobre, du service de M. le Dr Enriquez, à la Pitié, avec un mot de son assistant, le Dr G. Durand. « Cette malade, qui a des antécédents assez lointains de lithiase biliaire, présente depuis plusieurs années un syndrome douloureux en rapport presque certain avec une lésion duodénale. L'examen radioscopique a montré que le siège des douleurs correspondait exactement au duodénum. »

Le diagnostic a été ainsi formulé dans le service du Dr Enriquez : Long passé de crises hépatiques ; douleurs tardives depuis un an. Ulcus duodénal probable.

Opérateur : Dr Gosset.

Aides : MM. Berger et Caudrelier.

Anesthésiste : Dr Boureau.

Incision médiane sous-ombilicale. L'exploration de l'estomac et du duodénum ne révèle rien d'anormal, l'estomac n'est ni dilaté ni hypertrophié. Le pylore est normal, le duodénum ne présente ni cicatrice, ni rétrécissement. Par contre, au niveau de la vésicule cachée et sous le foie et dirigée transversalement, on constate une série de calculs qui en distendent le fond avec deux petits calculs mobiles dans le cystique. Le fond de la vésicule tourné vers la gauche est accolé à la deuxième portion du duodénum, à trois travers de doigt au-dessous du premier coude duodénal. Il n'y a pas d'adhérence entre le duodénum et la vésicule et cependant celle-ci pèse fortement par suite de sa bascule vers la gauche sur le bord droit du duodénum. D'après ces constatations, il est indiqué de pratiquer une cholécystectomie et il paraît préférable, étant donné la possibilité d'un

ulcère duodénal, d'y ajouter une gastro-entérostomie postérieure. Pour pratiquer plus aisément la cholécystectomie, on ajoute à l'incision verticale médiane un débridement latéral à travers le muscle droit, on fait la cholécystectomie de bas en haut, avec fermeture du cystique et ligature isolée du pédicule vasculaire. On termine par une gastro-entérostomie postérieure transmésocolique. Un drain et une mèche sont placés dans le lit de la vésicule. Fermeture de la paroi à la soie. Suites opératoires normales, ablation du drainage le septième jour.

La malade sort guérie le vingtième jour.

Cholécystectomies pour hydropisies de la vésicule

Observation n° 71.

Mme G..., âgée de 56 ans. Opérée par M. Lejars le 9 juillet 1908.

C'est une malade qui a eu un premier accès de coliques hépatiques il y a trente ans, avec ictère. Pendant sept années, elle a eu cinq crises de coliques hépatiques. Un médecin consulté institue un régime sévère et pendant dix ans la malade n'a pas de nouvelles crises. A l'âge de 40 ans, nouvelle crise très violente. Enfin, à 56 ans, dans les trois mois qui ont précédé son hospitalisation, elle a eu trois crises très douloureuses. Douleurs violentes dans l'hypocondre droit avec irradiation épigastrique. Douleurs dans la région scapulo-humérale. L'ictère a été plus franc que durant les autres crises, les selles étaient décolorées, couleur mastic, les troubles fonctionnels ont été sérieux, vomissements bilieux abondants, température élevée, un peu de dyspnée et cyanose du visage. A cette dernière crise, un médecin consulté constate dans la fosse iliaque la présence d'une tumeur. Il engage la malade à se faire opérer. Dans le service, on constate, à son entrée une légère déformation de la région juxta-ombilicale droite qui devient légèrement globuleuse. La palpation nous fait sentir un foie gros, un peu dur et abaissé. De plus, on constate dans la région juxta-ombilicale à droite, l'existence d'une tumeur dure non fluctuente, facilement délimitable. Elle est dirigée de haut en bas et de dehors en dedans. On la sent se continuer par un pédicule un peu rétréci, elle est mobile avec les mouvements du foie. Intégrité complète des différents appareils.

Opération le 9 juillet.

Incision longitudinale le long du muscle grand droit. Vésicule grosse comme deux poings, allongée, adhérente à l'épiploon qu'on décolle, pleine de liquide clair avec calculs. Libération de la vésicule de la surface hépatique et cholécystectomie après ligature du cystique et de l'artère séparément. Réunion avec drain et petite lamelle. Suites opératoires normales, pas de température, bon état général. La malade a été revue en très bonne santé quelque temps après sa guérison.

Observation n° 72.

Mme F..., entrée dans le service du Dr Lejars, le 16 novembre 1908.

Cette dame, qui vient consulter pour une histoire annexielle, montre tout à fait accidentellement une petite tumeur qui siège à l'hypocondre droit. Cette tumeur, à laquelle la malade ne prête que peu d'attention, ne se manifeste que par des symptômes vagues. Ces symptômes consistent en une sensation légèrement douloureuse avec des nausées survenant tous les matins sans vomissements. Elle a eu cependant de petites crises aiguës rappelant très bien des crises de coliques hépatiques frustes se manifestant par une douleur au niveau de la région épigastrique, s'accompagnant de sensations d'étouffement. Ces crises apparaissent à intervalles extrêmement irréguliers. Elles surviennent quelquefois toutes les trois semaines, elle est restée deux ans sans en avoir. Elles ne s'accompagnent jamais de fièvre.

A la palpation, on sent une tumeur siégeant au-dessous du rebord costal droit, assez bien limitée, descendant en bas à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Elle mesure quatre travers de doigt dans le sens transversal. Elle se termine en haut, sous le rebord costal sans limites nettes. La tumeur est dure, irrégulière, légèrement bosselée. La palpation provoque une légère douleur. A la percussion, une légère submatité. L'estomac n'est pas dilaté, le foie et la rate semblent de dimensions normales,.

Opération le 3 décembre 1908, par M. Lejars.

Incision verticale le long du bord externe du muscle grand droit. L'abdomen ouvert, la vésicule apparaît dans l'incision, elle est distendue par du liquide clair. Par la palpation, on sent un calcul enclavé dans le col de la vésicule. Ponction de la vésicule et évacuation du liquide. Puis, cholécystectomie de haut en bas, ligature isolée du canal cystique au ras du cholédoque et de l'artère cystique. Péritonisation de la surface hépatique qui saigne très peu. Réunion avec petit drain seulement.

Guérison.

Observation n° 73.

Mme D..., entrée le 16 décembre 1908, dans le service de M. Lejars.

Cette dame entre à l'hôpital pour des douleurs qu'elle ressent dans le côté droit depuis deux mois. Avant cette date, la malade n'avait jamais souffert. Cependant, depuis très longtemps déjà, elle digérait mal, avait des digestions pénibles, des tendances au sommeil après les

repas, de la constipation de temps en temps. Jamais d'ictère. Les urines sont normales.

Il y a deux mois, la malade a eu trois crises aiguës. Les deux premières espacées de trois semaines et la troisième survenue quinze jours après la seconde. Ces crises, de plus en plus intenses, revêtent nettement le caractère des coliques hépatiques. Il n'y a jamais d'ictère, jamais de fièvre. Entre ces crises, la malade est fatiguée, faible, sans appétit. A l'examen, on trouve une douleur siégeant dans le flanc droit. Cette douleur est augmentée par la pression, mais ne présente pas d'irradiation. A la palpation on sent une tumeur dure, régulière, située dans le flanc droit, remontant sous les fausses côtes et descendant en bas jusqu'à une horizontale passant par la crête iliaque. Elle est assez nettement limitée à son pourtour. A la percussion on note de la submatité, le foie n'est pas gros. Cette tumeur n'a pas le contact lombaire.

Opération le 22 décembre 1910.

Incision de Kehr. — Grosse vésicule adhérente que l'on décolle et ponctionne, gros calcul au fond de la vésicule, un calcul enclavé dans le col, ligature isolée du cystique et de l'artère, réunion avec mèche et drain.

Guérison.

Observation n° 74.

(Résumée *in Presse Médicale*, 15 mars 1913).

M^me^ P..., opérée à la maison de santé de la rue Bizet, le 24 mai 1911.

Malade ayant présenté une série de coliques hépatiques. A l'examen le foie est un peu abaissé au-dessous du gril costal. La vésicule est facilement perceptible et légèrement douloureuse à la palpation.

Opérateur : M. Gosset.

Aides : MM. Desmarest et Guimbellot.

Anesthésiste : M. Boureau.

Incision de Kehr. Foie débordant les fausses côtes de deux travers de doigt. Vésicule débordant le foie, pleine de liquide translucide. Au niveau du cystique, calcul du volume d'une noisette qu'on sent très facilement par la palpation extérieure. On fait une cholécystectomie de bas en haut, suivie de ligature isolée du cystique et de l'artère cystique. Tamponnement du lit de la vésicule qui saigne facilement. On va à l'appendice, qui est sclérosé : appendicectomie. Drain n° 30 au contact du moignon du cystique, une mèche. Fermeture de la paroi en deux plans au catgut chromé. Soies sur la peau. Durée de l'opération : 26 minutes.

La vésicule ouverte contient un liquide blanc, filant, non bilieux (mucocèle).

Observation nº 75.

(Résumée *in Presse médicale*, 13 mars 1913).

Mme V..., 48 ans, entrée à l'hôpital privé le 20 décembre 1912.

Souffre depuis huit ans de coliques hépatiques avec de l'ictère et des poussées fébriles. Il y a un mois, a une crise extrêmement violente avec décoloration des selles et coloration acajou des urines. A l'examen, la vésicule est augmentée de volume, grosse comme une poire, mobile et douloureuse. Il y a un peu de défense musculaire dans le flanc droit. Le foie est un peu douloureux.

Opération le 24 décembre 1912.

Nouvelle incision de Kehr. On tombe sur une énorme vésicule grosse comme une poire de curé, on libère les adhérences avec l'épiploon et le duodénum, on cherche le cystique à sa terminaison dans le cholédoque, on le dénude et on le sectionne entre deux pinces. On tend ainsi le pédicule vasculaire que l'on prend dans une pince de Terrier et on décolle la vésicule de bas en haut. Elle est très adhérente, malgré cela on l'enlève sans l'ouvrir. Ligature du cystique, du pédicule vasculaire, l'exploration extérieure du cholédoque ne révèle rien. Un drain au contact du moignon, une mèche.

Suites opératoires normales, à part une poussée de congestion pulmonaire survenue au quatrième jour. Sort guérie le trente-et-unième jour.

Observation nº 76.

(Résumée *in Presse Médicale*, 15 mars 1913).

M. L..., entré à l'hôpital privé le 7 juillet 1912.

Souffre depuis longtemps de douleurs dans le flanc droit, de troubles digestifs et sent depuis quelque temps une tumeur dans cette région. A l'examen, la région vésiculaire n'est pas douloureuse, le foie déborde légèrement les fausses côtes, on sent une masse ovoïde à grosse extrémité inférieure, du volume d'un œuf, indolente, mobile dans les deux sens, rénitente, qui est la vésicule. Le malade n'a pas de fièvre, pas d'ictère.

Opération le 10 juillet 1912.

Opérateur : M. Gosset.

Incision de Sprengel. Mise en place des écarteurs. On fait ainsi saillir hors du ventre une vésicule piriforme du volume d'une grosse poire. On y sent très bien au niveau du col un calcul enclavé du volume d'une

noisette. On isole le cystique tout près du cholédoque, on le lie et on le sectionne. Ligature du pédicule vasculaire, on décolle la vésicule d'arrière en avant et on l'enlève sans l'avoir ouverte. On applique deux lambeaux de péritoine sur le lit hépatique. Un drain n° 30 et une mèche ; fermeture de la paroi à la soie.

Suites opératoires très simples. Le drainage est complètement enlevé le dixième jour, le malade sort guéri le vingt-et-unième jour.

Cholécystectomies pour Cholécysto-pancréatites

Observation nº 77.

Mme L..., âgée de 36 ans, opérée le 4 décembre 1906 par M. Lejars.

Depuis sept ans, cette malade a des crises de coliques hépatiques revenant à intervalles irréguliers sans ictère. En 1905, au cours d'une grossesse, elle eut une crise de cholécystite assez violente, mais qui s'arrangea. Le 28 mai 1906, elle eut son bébé ; à la suite, elle souffre de la région vésiculaire. En septembre, elle s'aperçoit qu'elle jaunit ; elle digère mal, mais ne souffre de nulle part. Elle a quelques poussées fébriles le soir. Cet ictère régresse dès le 15 octobre et actuellement (décembre 1906), il est très peu marqué. On sent sur la face inférieure du foie le pôle inférieur de la vésicule, qui est augmentée de volume à contours nets et douloureuse. Pas d'albumine dans les urines, le pouls est un peu irrégulier. Rien au cœur. Amaigrissement considérable.

Opération le 4 décembre 1908.

Incision de Kehr. Vésicule entourée d'épiploon adhérent et intimement soudée à l'angle gauche du colon que l'on dégage peu à peu. Elle est ouverte et on en extrait un calcul gros comme les deux pouces, mais derrière lequel une bile normale commence à couler. Rien dans le cystique ni les gros canaux. Cholécystectomie et abouchement du moignon cystique à la peau. La tête du pancréas est un peu grosse. Ablation de l'appendice, qui est petit et d'apparence scléreuse. Réunion avec drain et lamelles.

Observation nº 78.

(Résumée *in Journal de Chirurgie*, juillet 1911).

Mme M.., 55 ans. Adressée le 5 novembre 1910 à M. Gosset, à la maison de santé de la rue Bizet.

En 1882, à la suite d'un accouchement, cette dame a été prise d'une crise de coliques hépatiques nettement caractérisée avec un peu d'ictère. En 1887, nouvelle crise ; la malade est envoyée à Vichy et en revient très bien portante. L'année suivante, à la suite de violentes émotions, elle refait de petites crises de coliques hépatiques. Jusqu'en 1905, elle a ainsi une série de coliques hépatiques frustes avec ictère. Un régime et des cures dans différentes stations apportent un soulagement qui lui permet de vivre. De 1905 à 1910, ces crises diminuent, mais depuis le mois de janvier 1910, les crises reparaissent tous les mois, plus fortes, durant quelquefois deux jours. La dernière crise

remonte au commencement d'octobre. A ce moment, la malade présente un ictère très foncé, avec décoloration des matières et urines acajou. L'amaigrissement est très marqué. A la fin de cette crise, elle rend trois calculs du volume d'une cerise.

Opération le 10 novembre 1910, par M. Gosset.

Incision de Kehr. Vésicule adhérente à l'épiploon. Libération de ces adhérences. On libère le fond de la vésicule presque cartilagineux, contenant un gros calcul qu'on enlève. On enlève quatre calculs du cystique. Le cholédoque est très profond. Pour le palper, il est nécessaire de décoller le duodénum. On peut alors palper tout le cholédoque dans lequel on ne sent rien. La tête du pancréas est un peu volumineuse et un peu indurée. De la bile coule abondamment par le canal cystique. Ablation de la vésicule. Ligature du cystique, ligature des pédicules vasculaires, un drain n° 30 au contact du moignon, deux mèches au contact du lit hépatique de la vésicule.

Suites opératoires très simples. Ablation de la mèche le septième jour. On raccourcit le drain le dixième jour, on l'enlève complètement le quinzième, l'écoulement de bile disparaît définitivement le vingt-et-unième, la malade sort guérie le vingt-septième jour.

Elle a été revue récemment par M. Gosset, elle n'a plus jamais souffert. Elle digère bien, elle a repris ses forces, mais elle présente au niveau de la portion moyenne de la cicatrice une éventration assez marquée.

Observation n° 79.

M. D..., docteur en médecine, 64 ans.

Entre à l'hôpital privé le 22 mai 1912. Passé lithiasique très chargé et signes de cholécystite chronique.

A l'examen, on ne trouve pas de douleur au niveau de la région hépatique ; on ne sent pas la vésicule. L'examen de la région pancréatico-cholédocienne ne montre rien d'anormal. Pas d'ictère.

Opération le 29 mai 1912, par le Dr Gosset.

Aides : MM. Desmaret et Bachy.

Incision de Kehr. Foie d'aspect normal. La vésicule apparaît adhérente par son fond à l'épiploon. On la libère. Elle est très mince et au cours de la libération, elle se déchire. Il en sort un liquide trouble avec quelques calculs aplatis en forme de lentilles, et noirâtres. Un ganglion existe au niveau du col de la vésicule, et de nombreuses adhérences rendent difficile la découverte du cystique. On préfère faire la cholécystectomie d'avant en arrière. La vésicule étant libérée du foie et des adhérences, on isole le canal cystique et on le sectionne près de la voie biliaire principale. On lie le canal cystique et le pédi-

cule vasculaire. Puis, on explore extérieurement le cholédoque qui n'est pas dilaté, dont les parois sont souples et qui ne renferme aucun calcul.

La tête du pancréas est légèrement indurée. Drain nº 40 au contact du moignon vésiculaire. Fermeture de la paroi en deux plans à la soie. Suites opératoires normales.

Guérison, qui s'est maintenue.

OBSERVATION Nº 80.

(Résumée *in Presse Médicale*, 15 mars 1913).

Mme G..., 41 ans.

Entre à l'hôpital privé le 17 juin 1912, avec le diagnostic de cholécystite calculeuse.

A l'examen, la malade ne présente pas d'ictère, le foie est légèrement abaissé au-dessous des fausses côtes. Il est douloureux à la pression. En arrière du muscle grand droit, on trouve une petite masse grosse comme une orange, mal limitée, mobile transversalement. La douleur est retrouvée à la palpation dans la région pancréatico-cholédocienne. La rate est normale, le cœur et les poumons sains. Rien dans les urines. La température est à 37º9.

Intervention le 19 juin 1912.

Opérateur : M. Gosset.

Aides : MM. Desmarest et Guimbellot.

Anesthésiste : Dr Boureau.

Nouvelle incision de Kehr. Le foie est facile à extérioriser. Dans la vésicule, on sent des calculs nombreux. On retrouve de petites pierres dans le cystique jusqu'à la jonction du cholédoque qu'on reconnaît.

Cholécystectomie d'arrière en avant, avec section première du canal cystique tout contre le cholédoque. Puis section des vaisseaux. Décollement de la vésicule d'arrière en avant. On termine en liant le cystique et les vaisseaux au catgut. On fait un petit surjet au catgut ramenant deux lambeaux de péritoine sur le lit de la vésicule. L'exploration du cholédoque montre que le canal est libre. Ses parois sont souples. Rien dans l'hépatique. Au niveau de la tête du pancréas on sent une petite induration grosse comme une bille. Pas de ganglions dans le méso hépato-gastrique.

Drain nº 30 au contact du moignon du cystique. Fermeture de la paroi en deux étages à la soie.

Suites opératoires très simples. Le drain est changé le septième jour et enlevé le neuvième.

La malade sort complètement cicatrisée le vingt-deuxième jour.

RÉSUMÉ

Nous apportons un ensemble de 80 observations de cholécystectomies.

1 fois cette opération a été faite pour une cholécystite aiguë.

46 fois elle a été pratiquée pour une cholécystite calculeuse ancienne.

7 fois après refroidissement d'une crise de cholécystite s'accompagnant de péricholécystite.

1 fois chez une malade, cholécystostomisée antérieurement, dont la lithiase avait récidivé.

4 fois comme opération secondaire, après une cholécystostomie faite primitivement, la fistule ne tarissant pas.

3 fois comme opération radicale, après l'ouverture spontanée d'une cholécystite, celle-ci demeurant fistuleuse.

8 fois pour des cholécystites s'accompagnant de troubles digestifs marqués. Dans ces cas, la cholécystectomie a été complétée soit par l'appendicectomie, soit par la gastro-entérostomie.

6 fois pour hydropisie de la vésicule avec calcul enclavé du cystique.

4 fois pour cholécysto-pancréatite,

Sur les 80 cas que nous apportons, la mortalité opératoire est de 1 (*obs.* n° 24), — **Ce qui fait 1.25 %.**

Une fois la malade a succombé sept mois après l'opération, à une généralisation cancéreuse : la vésicule présentait un point néoplasique (*obs.* n° 29).

Une malade a succombé deux ans après l'opération à un sarcome du foie, sans corrélation appréciable avec sa cholécystite ou son opération (*obs.* n° 64).

La cholécystectomie rétrograde a été faite 27 fois (*obs.* nos 14, 15, 17, 18, 19, 20, 21, 25, 28, 33, 34, 35, 37, 41, 44, 45, 51, 52, 53, 59, 69, 70, 74, 75, 76, 78, 80.

Trois fois (*obs.* nos 7, 19, 23), on a observé une récidive de troubles lithiasiques. Ceux-ci ont été passagers et ont consisté en une crise de coliques hépatiques, après laquelle les malades n'ont plus jamais souffert.

Les quatre malades qui présentèrent de l'induration de la tête du pancréas ont parfaitement guéri.

Jamais nous n'avons noté d'hémorragie grave après l'opération.

L'écoulement biliaire s'est toujours arrêté de soi-même quelque jours après l'ablation du drain.

Dans un seul cas, chez un malade de M. Lejars (*obs.* n° 50), il n'a pas été mis de drain. C'est là un cas exceptionnel.

Ces observations montrent suffisamment l'intérêt qu'il y aurait à pratiquer la cholécystectomie toutes les fois qu'on est en présence de cholécystite calculeuse confirmée, sans attendre que les malades en soient arrivés à un degré de cachexie qui ne permet plus de les opérer, et avant que la dégénérescence néoplasique se soit greffée sur ces vésicules enflammées et malades depuis longtemps.

CONCLUSIONS

1° Le traitement médical de la lithiase biliaire est insuffisant dans les cas de cholécystite calculeuse.

2° La cholécystectomie est l'opération de choix dans la cholécystite calculeuse. Elle enlève un organe physiologiquement insuffisant dont l'ablation n'entraîne aucun désordre pour l'organisme. Elle doit être préférée à la cholécystostomie dans le traitement des cholécystistes chroniques et doit suivre cette opération quand on a été obligé de faire le drainage de la vésicule au cours d'une cholécystite aiguë. La cholécystectomie est une opération excellente dans l'hydropisie de la vésicule, dans la plupart des cholécystites s'accompagnant de troubles digestifs marqués. Elle amène la guérison des troubles pancréatiques dans les cholécystopancréatites.

3° Elle doit être complétée par le drainage des voies biliaires principales, quand il y a lithiase ou injection des canaux hépatique et cholédoque.

4° On peut faire la cholécystectomie du fond de la vésicule vers le col, ainsi que l'indiquent les classiques. Mais il est rationnel de chercher à l'enlever avec le canal cystique en commençant la libération de ce canal et en décollant

la vésicule de son col vers le fond, en liant isolément la ou les artères cystiques.

5° Il est nécessaire de laisser un drain au contact du moignon et une mèche dans la cavité créée par l'ablation de la vésicule.

6° Les récidives pourront être évitées si on s'astreint à respecter ces indications. Il est toujours utile de faire suivre aux malades, pendant quelque temps après l'opération, un traitement médical approprié.

Vu, le Président de Thèse :

S. POZZI.

Vu, le Doyen :

L. LANDOUZY.

Vu, et permis d'imprimer,

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris :

LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

Nous avons borné notre bibliographie à la période 1908-Décembre 1912. Pour les publications antérieures on peut se reporter aux bibliographies publiées dans la thèse de Hautefort et dans celle de Cotte, de Lyon.

Ackelecker. — Péritonite par perforation de la vésicule biliaire guérie opératoirement. *Soc. de méd. de Hambourg.* 20 juin 1911. *Deutsche Medizinische Wochenschrift.* 21 décembre 1911. 2240,05.

Adler. — Troubles gastriques et affections de la vésicule biliaire. *Medical Record.* 9 octobre 1909.

Alessandri. — Lésion de la branche droite de l'artère hépatique au cours de la cholécystectomie. *J^l de chirurgie.* Septembre 1908. 633.

Arnaud et Delore. — Volumineuse cholécystite calculeuse. Cholécystectomie. *Soc. des sc. méd. de Lyon.* 16 février 1910. *Lyon médical.* 18 septembre 1910.

Arnsperger. — Pathogénie de la pancréatite dans la lithiase biliaire. *Munchener medizinische Wochenschrift.* 4 avril 1911.

— Guérisons durables et récidives à la suite des opérations sur les voies biliaires. *Munchener medizinische Wochenschrift.* 2 janvier 1912.

Arnstein. — Pancréatite chronique. *Centralblatt fur die Grenzgebiete der medizin und chirurgie.* 27 mars 1912.

Académie medico chirurgicale espagnole. — Cholécystectomie pour lithiase biliaire. Guérison. 17 mai 1909. — *Revista de medicina y chirurgia pratica.* 7 août 1909.

Académie medico chirurgicale d'Espagne. — Cholécystectomie et stomie. 24 janvier 1910.

Bachrach. — Résultats de nos opérations sur les voies biliaires. *Medizinische Klinik*, n° 29. 19 juillet 1908.

Backiroff. — Résultats d'opérations expérimentales sur la vésicule biliaire. *Société russe de chirurgie de Pirogoff.* 14 octobre 1909. *Chirourguitschevsky Archiv. Veliaminova.* L. XXXVI, 2, p. 446-49.

Baduel. — Pancréatite hémorragique. *Gazetta degli Ospedoli della Cliniche.* 15 décembre 1908.

Bernouilli. — Sur la valeur de la réaction de Cammidge. *Corresp. Blatt fur Sweizer Aerzte.* 1er avril 1910.

Bertelsmann. — Sur la péritonite par perforation de la vésicule biliaire. *Deutsche medizinische Wochenschrift.* 15 juin 1911.

Bertier. — La pancréatite hémorragique. *Gaz. Hopitaux.* 3 avril 1911.

Bettmann. — Cholécystite avec des remarques sur la prophylaxie des calculs biliaires. *Médical Record.* Novembre 1908.

Bianchi. — Sur un cas de pseudo-gastralgie par calcul hépatique. *Gazetta degli Ospedali et della Cliniche.* 17 février 1910.

Biondi. — Statistique des calculs biliaires. *Académie royale de physiocritique de Sienne. Clinica chirurgica.* 30 juin 1911. p. 308-10.

Blanc. — Cholécystite calculeuse avec perforation du fond de la vésicule enkystée par adhérence. *Société des Sc. médicales de Saint-Etienne.* Juillet 1911. — *Loire médic.* Août 1911, p. 278-283.

Bogorodsky. — Sur les affections chroniques du pancréas, relation avec les affections des voies biliaires. *Chirurgica.* Août 1910.

Borelius. — Contribution à l'étude des affections aiguës du pancréas. *Beitrage fur Klinische chirurgie.* Juin 1911.

Bravo. — Chirurgie biliaire. *Acad. méd. chirg. espagnole.* 12 mai 1912. *Revista de méd. y cirurgia pratica.* 21 juin 1912, p. 428-32.

Brin. — Diagnostic de la lithiase vésiculaire. *Arch. méd. d'Angers.* 20 décembre 1908.

— Péritonite par rupture biliaire cholécystectomie. *Soc. de médecine d'Angers. Bull.* 1910.

Bryan Johnson. — Quelques remarques sur les affections chirurgicales des vioes biliaires. *Medical Record.* 21 janvier 1911.

Burckardt. — Sur la lithiase biliaire et les affections de la vésicule biliaire. *Munchener medizinische Wochenschrift.* 1er août 1911, p. 1900-01.

Busse. — Lithiase biliaire et kyste du pancréas. *Deutsche medizinische Wochenschrift.* 16 mars 1911.

Capelli. — Contribution à la chirurgie du pancréas. Rapport de la pancréatite et de la lithiase biliaire. *Il Policlinico.* Août 1909.

— Contribution à la chirurgie du pancréas. Pancréatite et lithiase biliaire. *Il Policlinico.* Juillet 1909.

Cammidge. — Technique de la réaction de Cammidge. *J. de Chirurgie.* 1909 1-442-443.

— Pancréatite gangréneuse aiguë. *J. de Chirurgie.* Octobre 1909, p. 456. — *The American journal of the medical science.* Août 1909.

— Pancréatite chronique. *Diagnostic traitement. The lancet.* 3 juin 1911.

Carpi. — Sur la réaction de Cammidge. *Gazetta medica italiana.* 12 mai 1910.

Carnot, **Abrami**, **Richet fils**. — Recherches sur la pathologie des pancréatites infectieuses, voie ascend. et descend. *Société de biologie de Paris.* C. r. 28 octobre 1910, p. 271, 285, 288.

Cathcart. — Calculs biliaires et kyste de la tête du pancréas. *Edimbourg. Medical Journal.* Août 1911, p. 149.
— Calcul biliaire comprimant le col de la vésicule. *Edimbourg Medical Journal.* Juin 1912, p. 529-530.
Charvet et Bérard. — Cholécystectomie pour hydrocholé-cystocèle. — Calcul de cholécystite faisant soupape dans le bassinet. *Soc. des Sc. médicales de Lyon. Lyon médical.* 8 mai 1910, p. 999-1004. 15 mai p. 1044-1053.
Chevreul. — Des indications de la cholécystectomie complémentaire au cours d'opérations sur l'hépatique et le cholédoque. *Thèse Paris.* Décembre 1908.
Chabrol. — Les pancréatites dans les altérations du foie. *Thèse Paris,* 1910.
Churchmann. — Cholécystite aiguë avec quantité considérable de savon de chaux dans la vésicule. *Bulletin of the John Hopkins Hospital.* Juillet 1911.
Clairmont et Von Haberer. — Sur l'anurie après les opérations sur les voies biliaires. *Mitteilungen aus den grenzgebieten der medizin und chirurgie.* t. XXII f. 1. 1910.
— Péritonite biliaire sans perforation des voies biliaires. *Mitteilungen aus den Grenzgebreten der medizin und chirurgie.* 1910, t. XXII, f. 1.
Claisse P. — L'occlusion intestinale par calcul biliaire. *La Clinique.* 2 juillet 1909.
Cohn et Peiser. — Quelques troubles dans la secrétion int. dans les maladies du pancréas. *Deutsche medizinische Wochenschrift.* 25 janvier 1912.
Collins. — Quelques points de la chirurgie des voies biliaires. *Surgrey gynécology and obstetrics.* Mars 1909.
Cotte. — Cholécystectomie sous-séreuse. *Lyon chirurgical.* 1er novembre 1908.
— Du choix de l'intervention dans la lithiase biliaire. *Lyon chirurgical.* 1er novembre 1910.
— Troubles dyspeptiques dans la lithiase biliaire. *Rev. de Chir.* Août 1912.
Croftan. — Diabète pancréatique, ses relations avec la lithiase biliaire. *Surgery genycology and obstetrics.* Décembre 1908.
Congrés international de chirurgie, Bruxelles 1911.
Congrès international de chirurgie. Bruxelles 1908. — Chirurgie des voies biliaires.
Congrès français de chirurgie. Paris, 1908.

Davis. — La vésicule biliaire pathologique. *International journal of surgery.* 5 mars 1908.
— Résultats éloignés de la chirurgie des voies biliaires. *Surgery gynécology and obstetrics.* Juillet 1912.
— Résultats éloignés de la chirurgie de la vésicule. biliaire *Surgery gynécology and obstetrics.* Juillet 1912.
— Facteurs d'insuccès dans la chirurgie de la vésicule biliaire. *Journal of the American medical Association.* 5 août 1911.
Deaver. — Quelques raisons pour lesquelles la cholécystectomie ne devrait pas être pratiquée aussi souvent que le préconisent beaucoup de chirurgiens. *The american journal of the medical sciences.* Avril 1908.

Deaver. — Lithiase biliaire. *The american Journal of the medical sciences.* Novembre 1908.

— Pancréatite chronique associée à la lithiase biliaire. *The journal of the american medical association.* 1er juillet 1911.

— Diagnostic et traitement chirurgical dans la pancréatite aigue. *American journal of the medical sciences.*

— Chirurgie des voies biliaires. *The american Journal of the medical sciences.* Juin 1912.

Delagenière-Gosset. — Chirurgie du cholédoque et de l'hépatique. *Rapport au Congrès de chirurgie française.* 1908.

Delore et Alamartine. — Pancréatite aiguë hémorragique avec steato-nécrose péritonéale. *Lyon médical.* 16 mai 1909.

Delore, Alamartine, Berard. — Pancréatite hémorragique avec steato-nécrose *Société des Sc. méd. de Lyon. Lyon médical.* 30 octobre 1909.

Delore et Cotte. — Remarques sur l'excrétion de la bile après la cholécystectomie et à l'état normal. *Rev. de chir.* 10 juillet 1911.

Desjardins. — Avantage de l'incision en 7 pour l'accès des voies biliaires. *Soc. des Chir. de Paris. Paris chirurgical.* Octobre 1912, p. 802-902.

— Indications opératoires dans les angiocholites. *Paris chirurgical.* Janvier 1912.

— Etude sur les pancréatites. *Thèse Paris,* 1906.

François Dinville. — Cholélithiase sans colique hépatique. *Soc. méd. de Paris. Bull.* 14 juin 1912.

Doberer. — Sur la chirurgie des voies biliaires. *Wiener Klinische Wochenschrift.* 13 octobre 1910.

Dressmann. — Traitement de la pancréatite. *Medizinische Klinik.* 4 octobre 1908, p. 1531-35.

— Traitement de la pancréatite aiguë. *Medizinische Klinik.* 25 juin 1911.

Drummond. — Calcul biliaire développé autour d'un fil de catgut. *The Lancet.* 25 avril 1908.

Dufour. — Grosse hydropisie de la vésicule par calcul enclavé dans le col de la vésicule. *Soc. méd. des Hopitaux.* C. R. 14 novembre 1912.

Dujarier. — Cholédoco-gastro-stomie chez un malade antérieurement opéré de cholécystectomie. *Bull. soc. de Chirurgie.* 5 décembre 1911.

Durand. — L'exploration du pancréas. *Progrès médical.* 3 décembre 1910.

Duret. — Ictère et pancréatite. *Journal des sciences médicales de Lille.* 12 septembre 1908.

De Nancrède. — Faut-il considérer la cholécystite et la cholélithiase comme des affections médicales ? *Annals of surgery.* Février 1908.

Eichmeyer. — Contribution à la chirurgie du cholédoque, de l'hépatique et des voies biliaires. Résultats, complications possibles. *Archiv für Klin. Chirurg.* 1910.

— Court aperçu sur 129 opérations pratiquées sur les voies biliaires au cours de l'année 1er avril 1909-1er avril 1910. *Deutsche Zeitshrift für chirurgie.* Septembre 1910.

Emerson Brewer. — Quelques observations sur la chirurgie des voies biliaires. *Surrgey gynecology and obstetrics*. Avril 1912.

Erdmann. — Cholécystectomie ou cholécystostomie. *Medical record*. 13 février 1909.

— Etude sur les voies biliaires. *International Journal of surgery*. Octobre 1909.

— Diagnostic différentiel des affections du pancréas et de la lithiase biliaire. *New-York médical journal*. 11 mai 1912.

Exner. — Les indications et les résultats du traitement chirurgical de la lithiase biliaire. *Centralblatt für die Grenzgebiete der medizin und chirurgie*. 27 mars 1912.

Fernandez. — Sur un cas de pancréatite subaiguë. *Argentina médica*. 24 avril 1909.

Fink. — Mon expérience personnelle et mes résultats dans le traitement opératoire de la lithiase biliaire. *Wiener medizinische Wochenschrift*. 19 décembre 1908.

— Ovariectomie, appendicectomie, cholécystectomie. *Prager medizinische Wochenschrift*. 4 février 1909.

Finkelstein. — Sur le traitement opératoire des affections des voies biliaires. *Roussky Vratch*. 14 janvier 1912.

Fischer. — Contribution à l'étude des guérisons spontanées dans la lithiase biliaire. *Medizinische Klinik*. 31 juillet 1910.

Flandin. — Pathogénie de la lithiase biliaire. *Thèse Paris* 1912.

Flörken. — Les fils, agents de récidive après les opérations sur les voies biliaires. *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*. 3 mai 1908.

— Régénération de la vésicule biliaire avec récidive calculeuse après la cholécystectomie. *Deutsche Zeitschrift für chirurgie*. Février 1912.

Föderl. — Sur la cholécystite. *Medizinische Klinik*. 30 mai 1909.

Fothergill. — Un cas de calcul biliaire dans la cystique. Opération. Guérison. *The britisch medical journal*. 2 juillet 1910.

Franchomm. — Sur un cas de rupture des voies biliaires. *Soc. des sc. médicales de Lille*. 15 mars 1909.

Frank. — Cholécsytostomie ou cholécystectomie. *American Journal of Surgery*. Mai 1912.

Franke. — Sur la technique de l'extirpation sous séreuse de la vésicule biliaire. *Wiener Klinische Worchenschrift*. 24 juin 1909.

— Sur la valeur des méthodes d'exploration fonctionnelle du pancréas. *Archiv fur verdauungs krankheiten*. 15 juin 1912.

Franke. — Pièces montrant les relations lympathiques entre les voies biliaires et le pancréas. *Munchener medizinische Wochenschrift*. 4 avril 1911, p. 764.

— Relation des vaisseaux lymphatiques de la vésicule biliaire avec le pancréas. *Deutsche Zeitschrift fur chirurgie*. Juillet 1911.

Friedmann. — Réaction de Cammidge. *New-York-Medical Journal*. 11 avril 1908.

Friedmann. — Contribution au traitement de la cholélithiase et de la cholécystite. *Beitrage zur Klinischen chirurgie.* 3 Avril 1909.

Gard Edwards. — Sur un cas de mort par ulcère duodenal méconnu à la suite d'une opération pour cholécystite. *The Journal of the american médical association.* 14 décembre 1912.

Gavin. — Remarque sur l'importance d'un traitement chirurgical précoce de la lithiase biliaire. *American Journal of Surgery.* Septembre 1908.

Gayet. — Lithiase biliaire, crises répétées de cholécystite ; cholécystectomie, hépaturie, drainage, guérison. *Lyon médical,* 12 décembre 1909,p . 1023-1034.

Gellé. — Sur le pancréas dans la pancréatite chronique. Histologie,. *Bull. et mém de la Société anatomique de Paris.* Juillet 1911.

Gellé. — Les pancréatites non diabétiques. *Nord médical.* 11 juin 1911. p. 289-290.

Gilbert, Chabrol et Brin. — La déviation du complément dans la pancréatite aiguë. *Soc. de biologie.* C. R. 30 décembre 1910.

Gilbert et Parturier. — Note sur les rapports de la vésicule biliaire. *Soc. de biologie.* C. R. 29 avril 1910, p. 722.

Glaser. — Bases fondamentales du diagnostic, traitement, indications opératoires de la lithiase biliaire. *Muncherer medizinische Wochenschrift.* 9 mai 1911.

Gobiet. — Contribution au traitement opératoire de la pancréatite aiguë et chronique. *Wiener Klinische Wochenschrift.* 24 novembre 1910.

Godman. — La valeur de la réaction de Cammidge dans le diagnostic des affections du pancréas. *Annals of surgery.* 2 février 1909.

Goinard. — Cholécystite subaiguë à sympt, frustes. *Soc. de médecine d'Alger. Bull. n°* 1. 1912.

Goodman. — La réaction de Cammidge dans la pancréatite expérimentale. *The American Journal of the médical sciences.* Janvier 1909.

Gosset A. — Cholédocotomie avec drainage de l'hépatique dans la lithiase des voies biliaires principales. *Journal de Chir.* Décembre 1908.

Gosset et Desmarest. — L'artère de la vésicule et la cholécystectomie. Série de 25 cholécystectomies pour lithiase biliaire. *Soc. de Chirurgie.* 10 janvier 1911.

Gosset A. — De la cholécystectomie dans la lithiase et les affections biliaires. *Journal de Chirurgie.* Juillet 1911, p. 3.

— Incision transversale pour les opérations sur les voies biliairess. *Soc.de Chir.* C. R. 8 octobre 1912.

— De la cholécystite dans ses rapports avec les lésions du duodénum. *Soc. de Chir.* C. R. 5 novembre 1912.

Gouget. — Formes cliniques de la lithiase vésiculaire. *La Clinique.* 24 juin 1910.

Grimbert et Bernier. — Sur la réaction de Cammidge. *Soc. de biologie.* C. R. 25 juin 1909.

— Sur la cause de la réaction de Cammidge. *Société de biologie.* C. R. 5 novembre 1909.

Grimbert et Bernier. — A quoi est due la réaction de Cammidge ? *Presse médicale.* 3 septembre 1910.

Gross. — Contribution au diagnostic de l'état fonctionnel du pancréas. *Deutsche médizinische Wochenschrift.* 22 avril 1909.

Guinard. — Calcul biliaire. *Soc. des Sc. médicales de Saint-Etienne.* 20 décembre 1911. — *Loire médicale,* 15 février 1912, p. 47-56.

Gueniot. — Le drainage temporaire de la voie biliaire principale. *Thèse Paris,* 1905.

Guleke. — Diagnostic et traitement de la pancréatite chronique. *XII^e Congrès de Société allemande de Chirurgie.* Avril 1912.

Haggard. — Etiologie et pathogénie de la pancréatite. *Surgery gynecology and obstetrics.* 6 décembre 1908.

Haist. — Contribution à la chirurgie du foie et aux opérations pour cholécystite. *Beitrage zur Klinische chirurgie.* Juin 1909.

— Opérations pour cholécystite et chirurgie hépatique. *Beitrage zur Klinische chirurgie.* Juin 1909, p. 575.

Halbron-Salomon. — Du rôle de l'infection hématogène dans les lésions pancréatiques. *Journal de Physiol. et Pathol. générales.* 15 janvire 1911.

Hamilton. — Quelques observations de chirurgie de la vésicule et des voies biliaires. *The american journal of the medical sciences.* Janvier 1909.

Harris. — Calculs de la vésicule biliaire. *XXXVI^e Congrès de la Société américaine de gynécologie.* Mai 1911.

Hartig. — Contribution à l'étude de la perforation et de la gangrène dans la vésicule biliaire. *Beitrage zur Klinische chirurgie.* 3 juin 1910.

Hautefort. — Choix d'un procédé opératoire dans la lithiase vésiculaire. *Thèse Paris* 1909.

Hawkes. — Lithiase biliaire au point de vue chirurgical. *New-York medical journal.* 7 mars 1908.

Hertle. — Pancréatite chronique, suite de cholécystite calculeuse. *Soc. de méd. de Styrie. Wiener Klinische Wochenschrift.* 11 août 1910, p. 1189-91.

Hess. — Recherches expérimentales et cliniques sur la nécrose pancréatique chronique. *Mitteilungen aus den Grenzgebieten der medizin und chirurgie.* 4 février 1909.

Hirschlery. — Sur l'exploration fonctionnelle du pancréas. *Deutsche medizinische Wochenschrift.* 27 octobre 1910.

Hoecker. — Gangrène aiguë de la vésicule. *Soc. de médecine de Marbourg. Münchener medizinische Wochenschrift.* 25 avril 1911, p. 925-926.

Hofbauer. — Sur les relations cliniques entre les processus génitaux chez la femme et la lithiase biliaire. *Medizinische Klinik.* 14 février 1907.

Hoflig. — Le chimisme gastrique après une cholecystectomie. *Budapesti Orvosi Ujsag.* 25 juillet 1912.

Imbert et Fiolle. — Deux cholécystectomies. *Marseille médicale.* 1^er juillet 1909.

Jaboulay. — Volumineux calcul du cystique. *Soc. nat. de médecine de Lyon.* 25 mars 1912. *Lyon médical.* 2 juin 1912.

Jeans. — Gangrène de l'intestin par calcul biliaire. *Institution médicale de Liverpool.* 10 décembre 1908.

Johnson. — Cholécystectomie pour calculs biliaires. *Soc. de chir. de New-York,* 8 décembre 1909. — *Annals of Surgery.* Avril 1910, p. 566-91.

Karewoski. — Fistule biliaire postopératoire totale. *Deutsche medizinische Wocchenschrift.* 10 avril 1911, p. 686-689.

Kausch. — Incision oblique pour arriver sur la vésicule. *Beitrage zur Klinische chirurgie.* 3 janvier 1911.

Kinnicut. — Sur la réaction de Cammidge dans les affections du pancréas. *Académie de médecine de New-York.* Avril 1909.

— La réaction de Cammidge dans les affections du pancréas. *Medical record.* 10 avril 1909.

Kleineberger. — Diagnostic des affections du pancréas. *Société de Sc. méd. de Königsberg.* 1er novembre 1910.

Kirkland. — Calculs biliaires. Leur traitement chirurgical. *The Practitioner.* Décembre 1910.

Kehr. — 50 opérations sur les voies biliaires pratiquées en 1907 et 1908. *Archiv für Klinische chirurgie.* LLXXXIX f. 1. 1909.

— Pancréatite chronique au cours de la cholélithiase. *Mitteilungen aus den Grenzgebieten der medizin und chirurgie.* 1909. t. XX f. 1 p. 567.

— Valeur de la réaction de Cammidge au point de vue des indications opératoires dans la lithiase biliaire. *Munchener medizinische Wochenschrift.* 25 mai 1909.

— Vingt années de chirurgie des voies biliaires. Aperçu rapide sur 1.600 opérations. *Munchener medizinische Wochenschrift.* 20 septembe 1910.

— Sur l'incision et la suture de la paroi abdominale et sur le tamponnement dans les interventions pour lithiase biliaire. *Archiv. fur Klinische chirurgie.* f. 1, 1212, p. 74-109. — *Réponse à Kehr de Sprengel,* f. 2,p. 817-824.

— Principes généraux de diagnostic, de traitement, et indications opératoires dans la lithiase biliaire. *Munchener medizinische Wochenschrift.* 21 mars 1911.

— Comment pouvoir prévenir et diminuer le nombre des récidives à la suite des opérations pour lithiase biliaire ? *Munchener medizinische Wochenschrift.* 14-21 mars 1911.

— Comment pouvons-nous et devons-nous éviter ou diminuer les récidives à la suite des opérations sur les voies biliaires ? *Munchener medizinische Wochenschrift.* 1er décembre 1911.

— Sur l'incision et la suture de la paroi et sur le drainage dans les opérations pour lithiase biliaire. *Archiv fur Klinische chirurgie.* 9 janvier 1912.

— Quand doit-on ou ne doit-on pas, après une cholécystectomie, et dans le cas où la palpation ne révèle aucun calcul du cholédoque, inciser ce canal et le drainer ? *Archiv fur Klinische chirurgie.* 1es février 1912.

— Quelle indication pouvons-nous tirer des recherches anal. path. d'Aschoff pour le traitement médical et le traitement chirurgical de la lithiase biliaire ? *Berliner Klinische Wochenschrift.* 10 juin 191.2

Kehr. — Sur le perfectionnement du drainage de l'hépatique. *Centralblatt fur chirurgie.* 27 juillet 1912.

Kelly. — Les calculs biliaires comme facteurs étiologiques de la pancréatite chronique. *New-York medical journal.* 12 février 1910.

Klauber. — L'importance de la réaction de Cammidge. *Medizinische Klinik.* 14 mars 1909.

— Contribution à la chirurgie des calculs solitaires de la vésicule biliaire. *Prager medizinische Wochenschrift.* 1er février 1912.

Kohn. — Hémorragies gastro-intestinales consécutive aux opérations sur appendice et voies biliaires. *Surgery gynecology and obstetrics.* Novembre 1908.

Kölisch. — Traitement interne et physicothérapie de la lithiase biliaire. *Wiener medizinische Wochenschrift.* 2 mars 1912.

König. — Sur l'incision dans les opérations sur les voies biliaires. *Zentralblatt fur chirurgie.* 20 avril 1912.

Korczynski. — Sur les plus importants des procédés actuels d'exploration fonctionnelle du pancréas. *Wiener Klinische Wochenschrift.* 11 août 1910.

Körte. — Quelques remarques sur l'incision de la paroi abdominale. *Archiv. fur Klinische chirurgie.* 1912, f. 2, p. 324-28.

— Nouveaux résultats obtenus dans les opérations sur les voies biliaires. *Archiv fur Klinische chirurgie.* 1909. t. LXXXIX, f. 1.

— Quelques remarques sur les incisions de la laparotomie.. *Archiv. fur Klinische chirurgie.* 7 mars 1912.

Knighton. — Relation entre les cholécystites et les troubles digestifs. *Soc. méd. de l'Etat de Louisiane. The Journal of the american medical association.* 1er juillet, 8 juillet 1911, p. 41, 154, 155.

Kritish. — Quelques cas de perforation de la vésicule biliaire. 1er *Congrès slave de médecine opératoire. Belgrade.* Septembre 1911.

Kukula. — Indication du traitement chirurgical de la lithiase biliaire. *Wiener medizinische Wochenschrift.* 4, 11, 18 juin 1910.

Labbé et Bith. — Lithiase biliaire et cancer de la vésicule. *Société anatomique de Paris.* 10 mai 1912.

Lafon. — La lithiase biliaire chez les vieillards. *Thèse de Lyon.* Décembre 1911.

Laignel-Lavastine et Cawadias. — Pancréatite suppurée terminée par nécrose mésaraïque. *Soc. méd. des Hôpitaux de Paris.* 3-10 février 1911.

Leech. — Revue des méthodes récentes préconisées pour éprouver l'activité du pancréas. *The practitioner.* Novembre 1911.

Legrand-Guerry. — Complications et séquelles des cholécystites calculeuses dont le diagnostic a été fait tardivement. *Ass. médicale de la Caroline du Sud. The Journal of the medical American association.* 5 juin 1911, p. 1679.

Lejars. — Indications et techniques des anostomoses bilio-intestinales. *Semaine médicale.* 25 janvier 1911.

— Chirurgie d'urgence.

Lejars. — Diagnostic des cholécystites suppurées. *Semaine médicale.* 22 novembre 1911.

Lenné. — Est-il du devoir du médecin, dans le cas de calcul biliaire, d'en obtenir la latence ou l'expulsion ? *Allgemeine medizinische central zeitung.* 28 mai 1910.

Lereboullet. — Traitement de la colique vésiculaire. *Paris médical.* 1er juin 1912.

Leremboure. — Hépato-cholcéystite, Pancréatite cholécystite suppurée. Cholécystectomie hépaticus-drainage. *Arch. médico-chirurgicales de province.* 20 décembre 1910.

Leriche et Arnauld. — Sur la pancréatite aiguë hémorragique. *Rev. gynécol. et chirurgie abdom.* Juillet-août, septembre-octobre 1909.

Leriche et Cotte. — De l'iléus biliaire. *Gaz. des Hopitaux.* 12 décembre 1908. — Cholécystectomie à chaud dans les cholécystites calculeuses. *Revue de Chirurgie.* 10 décembre 1912.

Lichty. — Les relations entre les affections de la vésicule et des canaux biliaires avec les fonctions gastriques. *The american journal of the medical sciences.* 1er janvier 1911.

Licini. — Réaction de Cammidge dans les maladies du pancréas. *Clinica Chirurgica.* 31 juillet 1910.

Liebold. — Oblitération d'une perte de substance du cholédoque à l'aide de la vésicule. *Zentralbatt fur Chirurgie.* 4 avril 1908.

Liek. — Sur la chirurgie des affections pancréatiques. *Deutsche medizinische Wochenschrift.* 7 décembre 1911.

Lilienthal. — Le choix de l'opération dans la lithiase biliaire. Cholécystectomie d'emblée. Cholécystostomie. *New-York med. journal.* 1er juillet 1911.

Lilienthal. — Symptômes gastriques dans les affections des voies biliaires. *New-York medical journal.* 27 janvier 1912.

Lingmont. — Trois cas de pancréatite. *Nederlansch Trdjschrift voor Geneeskunde.* 20 juillet 1912.

Link. — Le traitement de la pancréatite chronique par la pancréatostomie. *Annals of surgery.* Juin 1911.

Lobingier. — Gangrène de la vésicule biliaire. *Annals of surgery.* Juillet 1908.

Loeper. — Les deux syndromes pancréatiques. *Progrès médical.* 23 septembre 1910.

Long. — Relation entre l'indigestion et les affections des voies biliaires. *International journal of surgery.* Octobre 1909.

Lorand. — Quelques conseils pour le traitement interne des calculs biliaires. *Journal médical de Bruxelles.* 4 juillet 1912.

Louria. — Symptomatologie et diagnostic des affections pancréatiques. *New-York medical journal.* 7 août 1909.

Luzano. — Traitement chirurgical de la pancréatite aiguë. *La Clinica moderna.* (Avril 1911).

Luckett. — Lithiase biliaire et cancer de la vésicule avec envahissement de la paroi abdominale (relation d'un cas). *American journal of surgery.* 5 avril 1911.

Lund. — Obstruction de l'iléon par un volumineux calcul biliaire. *Annals of surgery*. Septembre 1911.

Maas. — Sur la valeur de la réaction de Cammidge. *Medizinische Klinik*. 31 janvier 1909.

Mac Arthur. — Quelques procédés des traitements des fistules biliaires. *Journal of the american medical association*. 1er janvier 1910.

Macartney Duncan. — Un point concernant la cholélithiase. *The Lancet*. 24 décembre 1910.

Mac Glinn. — Rapport entre les calculs biliaires et le cancer des voies biliaires. *New-York medical journal*. 18 mars 1911.

Mac Laren. — L'ablation de la vésicule biliaire. *Surgery, gynecology and obstetrics*. 4 avril 1909.

Mac Williams A. — Perforation aiguë spontanée du système biliaire dans la cavité péritonéale libre. *Annals of surgery*. Février 1912.

Malcolm. — Cholécysto-duodenostomie pour émaciation aiguë consécutive à une fistule biliaire. *Société royale de médecine de Londres*. 10 décembre 1909, p. 53-86.

Maragliano. — Radiodiagnostic entre les calculs rénaux et les calculs biliaires. *Gazetta degli ospedali et della clinica*. 23 août 1910.

Marconnet. — Contribution à l'étude des perforations biliaires dans le péritoine libre au cours de la lithiase. *Thèse de Lyon*. Février 1911.

Martel. — Cholécystectomie sous-séreuse et cholécystectomie par morcellement. *Loire médicale*. 15 novembre 1909.

Maugeret Reine. — La Cholécysto-pancréatite. *Thèse de Paris*. 1909.

Mathieu. — La lithiase de la voie biliaire principale. Thèse de Paris 1908.

— Les pancréatites et les crises douloureuses du plexus solaire. *La Clinique*. 14 juillet 1911.

Mayer. — Traitement médical de la lithiase biliaire. *The Lancet*. 1er juillet 1912.

Mayo W.-J. — Traitement chirurgical dans la pancréatite. *Surgery gynecology and obstretrics*. Décembre 1908.

— Le mythe de la bénignité des calculs biliaires. *The Journal of the american medical association*. 8 août 1911.

— Pancréatite consécutive à la lithiase biliaire. *Journal of the american medical association*. 11 avril 1908, p. 1162-64.

Michaïlow. — Contribution à l'étude des affections cliniquement diagnosticables du pancréas au cours des diverses affections du foie. *Archiv. fur Verdauungs Krankenheiten*. 15 juin 1912.

Michaut. — Résultat d'une cholécystectomie pour fistule biliaire datant de cinq ans. *Soc. de Chirurgie*. C. R. 8 juin 1909.

Michel. — Diagnostic des pancréatites. *Archives provinciales de chirurgie*. Août 1911.

Mocquot. — L'état de la vésicule dans la lithiase du cholédoque. *Thèse Paris* 1910.

— Valeur séméiologique de l'état de la vésicule biliaire dans le diagnostic des ictères chroniques. *Paris médical*. 9 septembre 1911.

Mongour. — Du moment de l'intervention dans la lithiase biliaire. *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*. 6 septembre 1908.

Mosse. — Sur le diagnostic et le traitement de la lithiase biliaire. *Die Therapie der Gegenwart*. Décembre 1911.

Mouriquand. — Sur quelques cas de chirurgie biliaire. *Lyon médical*. 8 novembre 1905.

Moynihan. — La lithiase biliaire. Son diagnostic précoce et son traitement opératoire précoce. *The pratitioner*. Décembre 1908.

Muller. — Exploration fonctionnelle du pancréas. *Soc. méd. de Marbourg*. Février 1910.

Muller Ed. et Schlecht. — Du contrôle de la fonction pancréatique par la recherche de la trypsine dans les fèces. *Medizinische Klinik*. Avril 1909.

Murard. — Cholécystectomie pour hydropisie calculeuse de la vésicule. *Soc. des sc. médicales de Lyon. Lyon médical*. 14 janvier 1912, p. 83-09.

Munro. — Chirurgie des voies biliaires spécialement au point de vue des résultats éloignés. *The Boston medical and sirurgical journal*. 25 mars 1909.

Niemach. — Un cas de cholédocotomie pour calcul avec absence de la vésicule. *Surgery, Gynecology and obstetrics*. Octobre 1908.

Noetzel. — Recherche expérimentale sur la péritonite par perforation de la vésicule biliaire. *Archiv fur Klinische chirurgie*. t. XCIII, f. 1. 1910.

Nové Josserand et Villard. — Drainage et ablation de vésicules biliaires. Cholécystectomies et cholécystostomie. *Lyon chirurgical*. 1er août 1909.

Norment Baker. — Difficultés de la chirurgie de la vésicule biliaire. *Surgery gynecology and obstetrics*. 8 décembre 1909.

Ochsner. — La pancréatite au point de vue chirurgical et clinique. *The Journal of the american médical association*. 28 mai 1910.

Parkers Syms. — Hernie crurale. Appendicite chronique, fistule consécutive à l'extraction des calculs biliaires. *International Journal of Surgery*. Août 1910.

Parturier. — La colique vésiculaire. *Thèse Paris*, 1909.

Patel et Cotte. — Sur les fistules ombilicales consécutives aux cholécystites calculeuses. *Revue de Chirurgie*. Juillet 1910.

Pauchet. — Pancréatite biliaire. Diagnostic et traitement. *La Clinique*. 16 décembre 1910.

— Calculs biliaires ; indications thérapeutiques. *Journal des Praticiens*. Mars 1912.

Pélican Horand. — Cholécystite calculeuse. Cholécystostomie. Guérison. *Soc. des sc. médicales de Lyon*. 8 avril 1908.

Perrin. — Cholécystectomie. *Soc. des sc. méd. de Lyon. Lyon médical*. 10 septembre 1911, p. 532-40.

Perthes. — Moyen de faciliter la suture dans l'incision pariétale transversale. *Zentralblatt fur chirurgie*. 14 septembre 1912.

Philips. — Affections de la vésicule biliaire. *The Indian medical Gazette.* Mai 1911.

Plantier. — La lithiase biliaire. Conception nouvelle du traitement. *Société médico chirurgicale de la Drôme et de l'Ardèche.* Juin 1912, p. 93-114.

Picqué. — Cholécystite calculeuse, sclérose hépatique, résection. *Soc. des Ch. de Paris.* 6 février 1908.

Pousson. — Lithiase et grossesse. *La Gynécologie.* Février 1912.

Prescott Grant. — Pancréatite. *International journal of surgery.* Avril 1912.

Quénu et Vautrin. — Traitement de la pancératite compliquée d'oblitération du cholédoque. *Revue de Chirurgie.* 10 mai 1908.

Quénu. — Des indications opératoires dans la lithiase biliaire. *Revue de Chirurgie.* 10 décembre 1908.

— La pancréatite chronique biliaire et son traitement. *Journal des Praticiens.* 25 juin 1910.

— Les pancréatites biliaires. *La Clinique.* 23 février 1912.

Radzievski. — Pathologie et diagnostic des affections aiguës du pancréas. *Roussky Vratch.* 6 août 1911.

Ribas y Ribas. — Chirurgie des voies biliaires. *Revista de medicina y Cirugia.* Juillet 1910.

Richardson. — Le diagnostic et le pronostic des calculs biliaires envisagés au point de vue chirurgical. *The Boston medical and sirurgical journal.* 17 juin 1909.

Richardson. — Affections chirurgicales du pancréas. *Surgery gynécology and obstetrics.* Mai 1912.

Riedel. — L'opération précoce dans la cholécystite aiguë grave. *Deutsche medizinische Wochenschrift.* 30 avril 1908.

— Le calcul biliaire dans la vésicule amicrobienne. *Muncherer medizinische Wochenschrift.* 2 janvier 1912.

— L'infection de la cavité abdominale par diapédèse à travers la vésicule biliaire. *Wiener medizinische Wochenschrift.* 20 janvier 1912.

Rigby. — Aperçu de quarante-six cas d'intervention pour cholécystite *The practitioner.* Décembre 1908.

Rimann. — Contribution à la chirurgie et à la pathogénie de la cholélithiase. *Beitrage zur Klinische chirurgie.* 3 novembre 1908.

Rimann. — Contribution à la chirurgie et à la pathogénie de la cholélithiase. *Beitrage zur Klinische chirurgie.* 3 novembre 1908.

Rives et Baumel. — Cholécystite calculeuse sans douleurs ni ictère. *Montpellier médical.* 30 janvier 1911.

Roux et Goiffin. — Valeur sémicologique des méthodes d'exploration de l'insuffisance du pancréas. *Paris médical.* 1er juin 1912.

Salignat. — Le rôle de la cholécystite dans la colique hépatique. *Toulouse médical.* 1er septembre 1911.

Singer. — Etude clinique des affections du pancréas. *Wiener medizinische Wochenschrift.* 24 octobre 1910.

Smith. — Cholélithiase et pancréatite. *The journal of the american medical association.* 5 juin 1909.

— Traitement chirurgical de la pancréatite. *Annals of surgery.* 4 octobre 1909.

— Le drainage facteur essentiel de la chirurgie des voies biliaires. *XXIV^e Congrès de l'Association américaine d'accoucheurs et de gynécologues. The American Journal of obstetrics and diseases of women and children*, Décembre 1911, p. 978-1055.

Sprengel. — Moyen de faciliter la suture des incisions de laparotomie transversale. *Centralblatt fur chirurgie. Leipsig.* 15 juin 1912.

— Réponse à l'article de Kehr sur l'incision et la suture de la paroi dans les opérations sur les voies biliaires. *Archiv. fur Kliuische chirurgie.* 9 mars 1912.

Stanick. — Contribution à l'exploration fonctionnelle du pancréas. *Midizinische Klinik.* 26 juin 1910.

Stanton. — Résultats éloignés des opérations sur la vésicule biliaire. *Journal of the american medical association.* 5 août 1911.

Stewart. — Un cas de mort subite par pancréatite hémorragique. *The British medical journal.* 19 juin 1909.

Stone. — Division complète des voies biliaires au niveau de la jonction des trois canaux. Suture et réparation. *Surgery gynecology and obstetrics.* 5 novembre 1909.

Sullivan. — Reconstitution des voies biliaires. *The journal of the american medical association.* Juin 1912.

Summers. — Quelques modifications de technique dans la chirurgie de la vésicule et des voies biliaires. *Annals of surgery*, t. LIV, n° 1. Juillet 1911.

Société de Chirurgie. — Anesthésie par l'éther chez les ictériques. *Bull.* 3 mai 1910, p. 413-86, 10 mai 1910.

Société de Radiologie médicale de Paris. — Cholécystite calculeuse diagnostiquée par la radiographie. *Bull. et mémoire.* Janvier 1912.

Société de Chirurgie de Lyon. — Cholécystite calculeuse déterminant stenose pylorique. Cholécystectomie. Guérison. 7 mai 1908. *Lyon médical.* 19 mai 1908.

Société des Sciences médicales de Lyon. — Calcul du cystique. *Lyon médical.* 1^er août 1909, p. 201-203.

Société belge de chirurgie. — A propos de la technique de la cholécystectomie. 28 mars 1908.

Société de Médecine de Berlin. — Discussion sur les indications du traitement médical et chirurgical de la lithiase d'après les données anatomo-path. d'Aschoff. 22 mai 1912. *Berliner Klinische Wochenschrift.* 10 juin 1912, 1p. 1150. 17 juin 1912, p. 1198-1204.

Salomon et Halbron. — Du rôle de l'infection hématogène dans les lésions pancréatiques. *Journal de Physiol. et Pathol. générales.* 15 janvier 1911.

Salter. — Calculs biliaires. Pancréatite aiguë. *The britisch medical journal.* 2 juillet 1910.

Sampson Handley. — Sur la pancréatite aiguë et la pancréatite chronique et son traitement chirurgical, avec deux cas suivis de succès. *Medical Press and Circular.* 26 juin 1912.

Schlecht. — Sur une méthode simple pour déterminer le fonctionnement du pancréas chez l'homme sain et l'homme malade. *Munchener medizinische Wochenschrift.* 31 mars 1908.

— Exploration fonctionnelle du pancréas. *Soc. de méd. de Kiel.* Janvier 1910.

Schlesinger. — Gastrospasme total démontré radiologiquement dans un cas de cholécystite et de cholélithiase. *Berliner Klinische Wochenschrift.* 24 juin 1912.

Schmidt. — Les pancréatites chroniques. *Bull. et mém. de la Société de médecine et chirurgie de Nice.* Janvier 1912.

— Occlusion du cholédoque par pancréatite chronique. *Société de médecine et ch. de Nice.* 5 janvier 1912.

— Deux cas de pancréatite aiguë. *Soc. de méd. et de chir. de Nice.* C. R. Avril 1912. p. 95-105.

Schmid. — De la valeur de la réaction de Cammidge. *Mitteilungen aus den Grenzgebieten der medizin und chirurgie,* t. XX, f. 3. 1909.

Schnitzler. — Sur le traitement chirurgical de la lithiase biliaire. *Wiener medizenische Wochenschrift.* 3 février 1912.

Shcrœder. — Sur les troubles urinaires dans les affections du pancréas. *The journat of the american medical association.* 29 août 1908.

— Physiologie et chimie physiologique du pancréas dans la pancréatite. *Surgery gynecology and obstetrics.* Décembre 1908.

Schültze. — Sur le diagnostic et le traitement de la lithiase biliaire. *Medizinische Klinik.* 1er octobre 1912.

Schumm et Hegler. — Contribution à la réaction pancréatique de Cammidge. *Munchener medizinische Wochenschrift.* 5 octobre 1909.

— Sur la nature et la valeur de la réaction de Cammidge. *Soc. de méd. de Hambourg.* 1910.

Schurmayer. — Remarques critiques concernant le traitement des malades atteints de calculs biliaires. *Allgemeine medizinische central zeitung.* 4 avril 1908.

— Remarques critiques concernant la lithiase biliaire. *Allgemeine medizinische central zeitung.* 14, 21, 28 janvier 1911 ; 4 février 1911, 25 février 1911.

Seidel. — Fistule biliaire et ostéoporose. *Zentrablatt fur Chirurgie,* t. XXXVII nº 3. Juillet 1910.

Sherren. — Le diagnostic des calculs biliaires. *The Lancet.* 1er avril 1911.

Sick. — Précision et technique opératoires dans les opérations sur les voies biliaires. *Beitrage zur Klisnische chirurgie.* Octobre 1911.

Tassin. — Cholécystectomie pour lithiase. *Soc. des Sc. méd. de la Cote-d'Or.* 12 février 1912. *La Bourgogne médicale,* 15 février 1912.

Tesson. — Vésicule biliaire calculeuse. *Soc. de médecine d'Angers. Bull.* 1910, p. 104-64.

Thomson. — Pancréatite chronique. *The Lancet.* 22 juillet 1911.

Tietze. — Contribution à la chirurgie du foie et des voies biliaires. *Ass. Silésienne pour l'avancement des sciences en Allemagne. Berliner Klinische Wochenschrift.* 8 août 1911, p. 1517-1520.

— L'Iléus par calcul biliaire. *Berliner Klinische Wochenschrift.* 23 décembre 1912.

Tixier et Alamartine. — Enorme calcul de cholesterine. Cholécystectomie sous-séreuse. *Lyon médical.* 16 octobre 1910, p. 658-663.

Torrana. — Sur deux cas de rupture de la vésicule. *The Boston medical and surgical journal.* 30 juillet 1908.

Tosati. — Les pancréatites. *La Clinica chirurgica.* Août 1911.

Trinkler. — Sur l'emploi de la voie lombaire modifiée pour la cholécystectomie. *Archiv. fur Klinische chirurgie.* 30 novembre 1911.

Truman Abbe. — Pancréatite. *The American journal obstetrics and diseases of Women and children.* Octobre 1099.

Upcook. — Un résumé des travaux récents concernant la chirurgie de la vésicule. *The Practitioner.* t. LXXXIV. 3 mars 1910.

Vallas. — Hydrocholécystocèle intermittente. Cholécystectomie idéale. *Lyon chirurgical.* 1er janvier 1912. p. 110-120.

Van der Veer. — Quelques observations sur les calculs biliaires en particulier au point de vue du cancer de la vésicule. *New-York medical journal.* 12 février 1910.

Verhœghe. — Deux cholécystectomies pour lithiase avec péricholécystite, fistulation à la peau. *Soc. des sc. méd. du Nord. Echo médical du Nord.* 8 décembre 1912, p. 592-594.

Verhoogen. — Note sur un cas de pancréatite aiguë hémorragique. *Annales de la Société belge de Chirurgie.* Février-mars 1910, n° 2, 3, p. 63-64.

Viannay. — Lithiase vésiculaire, sténose pylorique. Cholécystectomie sous-séreuse. *Soc. des sc. médicales de Saint-Etienne.* 7 août 1912.

Vignard. — De l'indication opératoire à propos de deux cas de chirurgie biliaire. *Gaz. médicale de Nantes.* 21 octobre 1911.

Villard et Mouisset. — Hydropisie intermittente de la vésicule par hypersécrétion muqueuse. *Soc. nat. méd. de Lyon. Lyon médical.* 2 janvier 1910, p. 17-21.

Villard. — Pancréatite subaiguë. *Soc. des sc. méd. de Lyon. Lyon médical,* 13 février 1910.

— Deux cas de pancréatite. *Lyon chirurgical.* Janvier 1911, p. 87-90.

Villard et Perrin. — Cholécystectomie idéale pour cholécystite calculeuse. *Soc. de sc. méd. de Lyon.* Février 1911. *Lyon médical.* 23 juillet 1911, p. 176-180.

Violle. — De la vésicule biliaire lieu d'inoculation. Contribution à l'étude de l'immunité et à la physiologie générale. *Annales Institut Pasteur.* Mai 1912.

Von Aldor. — Sur le traitement de la lithiase biliaire. *Wiener Klinische Wochenschrift*. Mai 1912.

Walko. — Diagnostic et traitement des maladies du pancréas. *Prager medizinische. Wochenschirft*. 1er avril 1909.

Weber J.-K. — Indication du traitement opératoire de la lithiase biliaire. *Roussky Chriourguitchevsky*. N° 2. Août 1909.

Weber. — Réaction de Cammidge. *Deutsche medizinische Wochenschrift*. 25 anjvier 1912.

Wesley Long. — Importance qu'il y a à ménager la vésicule biliaire dans les interventions sur les voies biliaires. *Annals of surgery*. 3 mars 1911.

Werzberg. — Contribution du diagnostic des affections du pancréas. *Archiv. fur Verdauungs Krankheiten*. 16 octobre 1911.

Whipple, Chaffee, Fisher. — La réaction de Cammidge dans la pancréatite expérimentale et autres états morbides. *Bull. of the John Hopkins hospital*. Novembre 1910.

Willard Bartlett. — Diagnostic entre l'ulcère du duodénum et la lithiase biliaire. *Surgery Gynécology and osbtetrics*. 5 mars 1908.

Wilkinson. — Traitement médical de la cholélithiase. *The Australian medical journal*.

Winiwarter. — Le danger des fistules biliaires prolongées. *Le Scapel et le Liège médical*. 10 octobre 1910.

Wohlgemuth. — Contribution au diagnostic de la valeur fonctionnelle du pancréas. *Berliner Klinische Wochenschrift*. 17 janvier 1910.

Wulfaert. — Cholécystite calculeuse avec ulcère perforé du duodénum. *Soc. d'anat. path. de Bruxelles. Journal méd. de Bruxelles*. 1er février 1912, p. 17-19.

Wynhausen. — Sur l'exploration fonctionnelle du pancréas. *Berliner Klinische Wochenschrift*, t. XLVII. 7 mars 1910.

Zuccola. — Importance du dosage des graisses dans les fèces pour le diagnostic de l'occlusion du conduit pancréatique. *Riforma medica*. 10 avril 1911.

TABLE DES MATIÈRES

Pages

INTRODUCTION 12

Le traitement médical de la cholécystite 16

La cholécystectomie. — La cholécystostomie. — Le drainage du cholédoque 19

La cholécystectomie dans les cholécystites aiguës . . . 35

La cholécystectomie dans la cholécystite chronique . . 47

La cholécystectomie dans l'hydropisie de la vésicule . . 53

La cholécystectomie et les cholécystites caractérisées par la prédominence des troubles digestifs 57

La cholécystectomie dans la cholécysto-pancréatite . . 61

Méthode opératoire 75

Soins préparatoires 75

L'anesthésie 77

Position à donner au malade 78

Les incisions 79

Technique employée 83

Le drainage après la cholécystectomie 89

Complications opératoires et post-opératoires 93

Les récidives 97

L'Eventration post-opératoire 99

Résultats 101

OBSERVATIONS 105

Cholécystectomie pour cholécystite aiguë 106

Cholécystectomie pour cholécystite ancienne 107

Cholécystectomies pour cholécystite aiguë avec péricholécystite, faites en période apyrétique 135

Pages

Cholécystectomies secondaires à une colécystostomie . . 140

Colécystectomie pour récidive de colécystite calculeuse chez une malade antérieurement cholécystostomisée et sortie guérie 140

Cholécystectomie pour fistule biliaire consécutive à une cholécystostomie faite à chaud. 140

Cholécystectomie pour fistule biliaire spontanée . . 143

Cholécystectomies pour cholécystite s'accompagnant de troubles digestifs marqués et complétées par une autre opération 145

Cholécystectomies pour hydropisie de la vésicule . . . 151

Cholécystectomies pour cholécysto-pancréatite 156

Résumé 159

Conclusions 161

Bibliographie. 163

5974 G. — Amiens. Imp. du Progrès de la Somme, 18, rue Alphonse-Paillat.